

Strategische actie bij Médecins Sans Frontières

Veldanalyse van het beleid rond toegang tot geneesmiddelen



Nous A.M. Faes
Studentnummer 193330
Masterscriptie AOM

Rotterdam, november 2015

Erasmus Universiteit Rotterdam
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Vakgroep Sociologie, ECES
Begeleider Prof. Dr. Johan Heilbron
Tweede lezer Dr. Sander Quak

“(..) The question that preoccupies me in the light of recent global violence is, Who counts as human? Whose lives count as lives? And finally, What *makes for a grievable life?*.”

Judith Butler, *Precarious life* (2004)

Deze scriptie zou incompleet zijn gebleven zonder de gesprekken met experts in de mondiale gezondheidszorg. Ik ben hen zeer erkentelijk dat zij hun ervaring en inzichten met mij, een leek op hun terrein, hebben willen delen. Prof. Dr. Johan Heilbron bedank ik voor alle ruimte die hij als eerste lezer gaf. Hierdoor heb ik breeduit in disciplines kunnen grasduinen, steeds met het organisatievraagstuk op veldniveau voor ogen - of in ieder geval in het achterhoofd. Dank ben ik ook verschuldigd aan mijn tweede lezer, Dr. Sander Quak. Zijn onderzoek binnen de onderzoeksgroep ECES naar de ontwikkeling van het vaccinatieveld heeft de weg geplaveid. Eventuele fouten zijn natuurlijk alleen voor mijn rekening.

Rotterdam, 6 november 2015

Samenvatting

In het veld van de mondiale gezondheidszorg ontstaat eind jaren negentig dynamiek rond het thema toegang tot geneesmiddelen. De ontwikkeling van generieke productie biedt een alternatief voor de tot op dat moment dure, met patenten beschermde, hiv/aids medicijnen. Het is een mogelijkheid om de mondiale pandemie het hoofd te bieden. Voor- en tegenstanders van generieke medicijnen leveren in de media en rechtszaal strijd rond 'patenten of patiënten.' Médecins Sans Frontières (MSF) is met haar Access to Essential Medicins Campaign met niet medische middelen de strijd aangegaan. Internationale toezichthoudende organisaties nemen ondertussen het initiatief tot publiek-private samenwerkingsverbanden en nieuwe, machtige actoren treden toe, zoals de Bill & Melinda Gates foundation. Ook deze organisaties richten zich op toegang tot vaccins en medicijnen. Dat roept de vraag op hoe MSF zich daarmee verhoudt? Onderzoeksvraag is: *Hoe heeft het beleid van MSF ten aanzien van de toegang tot geneesmiddelen in ontwikkelingslanden zich tussen 1971 en 2015 ontwikkeld, op welke uitgangspunten berust het beleid, en hoe kunnen we de ontwikkeling van het beleid begrijpen?*

Het onderzoek gebruikt een kwalitatieve analyse van bronnen en beschrijft de ontwikkeling van MSF en haar relaties met collega's/concurrenten, producenten en (inter)gouvernementele organisaties. De *Strategic Action Field* theorie van Fligstein en McAdam (2012) wordt in dit onderzoek toegepast en beproefd. Deze theorie richt zich op collectieve actie en de rol van sociale vaardigheid in het bundelen van krachten en realiseren van (collectieve) doelen. Daarbij spelen materiële, maar vooral ook existentiële overwegingen, die aan de hand van strategisch mechanismen, zoals *framing*, nadruk krijgen, waarmee innovatieve actie en verandering mogelijk wordt.

De resultaten laten zien dat MSF grote sociale vaardigheid aan de dag legt en met verve de existentiële dimensie van haar missie benadrukt om andere actoren tot verandering aan te zetten. *Framing* van betekenisystemen levert haar in het veld de positie van moreel toezichthouder op en daarmee forceert ze verandering. In het vocabulaire, de middelen en de politieke dimensie komt ze dicht bij een sociale bewegingsorganisatie. De collectieve actie die zij met de Access Campagne voert is echter een unicum in haar bestaan, want MSF is eigenlijk wars van samenwerking. Haar handelen is daardoor ook en misschien wel eenvoudiger te begrijpen in de zin van Bourdieu: als een symbolische strijd waarbij MSF met haar symbolisch kapitaal in haar eentje, maar namens velen, de verzamelde economische en politieke macht overtroeft. Tegelijkertijd wordt het initiatief haar uit handen getrokken door coalitievorming onder deels nieuwe actoren. In die dynamiek, waarin actoren collectieve doelen stellen en innovatieve wegen inslaan, wordt het actiemodel van Fligstein en McAdam gestaafd.

Trefwoorden: strategische actie, veldtheorie, mondiale gezondheidszorg, toegang tot geneesmiddelen, Médecins Sans Frontières

Inhoud

1.	Inleiding	
1.1.	Mondiale gezondheidszorg	5
1.2.	Toegang tot essentiële geneesmiddelen als thema	5 - 7
1.3.	Probleemstelling: doelstelling, vraagstelling	8
1.4.	Veldtheorie	8 - 9
1.5.	Aanpak en relevantie van het onderzoek	9 - 10
1.6.	Leeswijzer	11
2.	Theoretisch kader	
2.1.	Inleiding	12
2.2.	Bourdieu, Fligstein en McAdam	12 - 15
2.3.	Strategische actie in theorie van sociale bewegingen	15 - 16
2.4.	Reflectie	16 - 19
3.	Ontwikkeling van MSF als organisatie en beweging tussen 1971-2015	
3.1.	Innovatie binnen een humanitair-medische context	20 - 22
3.2.	Ontwikkeling van de organisatie	23 - 26
3.3.	MSF als beweging	26 - 27
3.4.	Denkbeelden en principes	27 - 29
4.	Ontwikkeling door MSF van het access beleid tussen 1971-2015	
4.1.	Inleiding	30
4.2.	Innovaties in het beleid	31 - 34
4.3.	Het beleid in de praktijk: conflict, samenwerking, collectieve actie	34 - 47
4.4.	Informanten over positie en rol in het veld	47 - 50
4.5.	Voorlopige conclusie. Beantwoorden van empirische deelvragen	51 - 53
5.	Conclusie	
5.1.	Conclusies	54 - 57
5.2.	Wetenschappelijke en maatschappelijke implicaties	58 - 59
5.3.	Beperkingen van het onderzoek	59
5.4.	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek en discussie	60

Literatuur

1. Inleiding

1.1. Mondiale gezondheidszorg

Global health is een veelgebruikte en gemakkelijk in het gehoor liggende term. Het impliceert een wereldomvattend perspectief en bevat de suggestie van een gedeelde visie en gezamenlijke doelen. Maar volgens de antropoloog Andrew Lakoff (2010) bestaan er niet één, maar minstens twee systemen van mondiale gezondheidszorg. Het ene richt zich op de veiligheid van het rijke westen, door middel van preventie. Het andere op humanitaire geneeskunde voor het arme zuiden, via behandeling.¹ De mondiale gezondheidszorg kent daarmee verschillende doelen, belangen en strategieën.

1.2. Toegang tot essentiële medicatie als thema

Dit onderzoek gaat over die verschillende doelen, belangen en strategieën rond een specifiek aspect van de mondiale gezondheidszorg: toegang tot vaccinatie en medicatie. Jeremy Greene (2011) geeft een goede introductie op het thema. Hij beschrijft hoe binnen de context van oorlogen en koloniale overheersing de westerse gezondheidszorg essentiële medicatie introduceert.² Maar de lokale bevolking heeft er geen toegang toe. Bij de oprichting van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1948 wordt tevergeefs brede distributie geagendeerd. Ruim vijftientig jaar later zijn na een dekolonisatieproces veel nieuwe staten toegetreden tot internationale organisaties. Sommige van deze landen besteden jaarlijks het grootste deel van hun gezondheidszorgbudget aan de aankoop van dure merkmedicijnen. Zij bekritiseren het internationale beleid van beschikbaarheid en prijsstelling en richten hun pijlen op westerse multinationals. Enkele socialistische landen, zoals Mozambique, Pakistan en Sri Lanka, proberen de productie van essentiële medicatie daadwerkelijk te nationaliseren en af te schermen van concurrentie van westerse farmaceuten. Op deze landen wordt zware economische en politieke druk uitgeoefend (o.a. Medawar 1984; Kanji et al. 1992, in Greene 2011).

In 1975 bepleit een ‘activistische’ directeur-generaal van de WHO, dat essentiële medicatie tegen een redelijke prijs beschikbaar komt en dat nieuwe medicijnen in aansluiting op de behoeftes van ontwikkelingslanden ontwikkeld worden. De WHO publiceert twee jaar later een eerste lijst met essentiële medicamenten, naar plaatselijke omstandigheden aan te passen. Om de prijs laag te houden geeft de organisatie de voorkeur aan generieke medicijnen boven merkmedicijnen. De internationale federatie van farmaceutische bedrijven en verenigingen (IFPMA), een aan de WHO verbonden NGO, verwerpt namens de farmaceutische industrie het idee. De IFPMA vreest volgens Greene een sneeuwbal effect dat westerse markten raakt. Op voorwaarde dat de lijst enkel ontwikkelingslanden

¹ Dat experimentele vaccins ter bestrijding van het ebola-virus vanuit westerse defensiebudgetten zijn gefinancierd (*NRC Handelsblad*, 23 augustus 2014), past bij de analyse van Lakoff (2010).

² Dit is medicatie die simpel gezegd essentieel wordt geacht en voorradig moet zijn, zoals morfine op het slagveld en kinine in tropische omstandigheden.

betreft en geen nieuwe medicatie bevat, gaat de IFPMA uiteindelijk toch akkoord. Vervolgens start de WHO in 1981 het Action Program on Essential Drugs and Vaccines. De bedoeling is dat ontwikkelingslanden het proces rond essentiële medicatie zelf gaan inrichten: selectie, voorraadbeheer, gebruik, eventueel productie en kwaliteitscontrole. Maar dwars door de internationale vergadering van de Verenigde Naties en WHO zorgt tegengestelde blokvorming ervoor dat alle besluitvorming stagneert.³ Daarna neemt de druk van onder andere de Verenigde Staten om het programma rond essentiële medicatie op te geven toe. Na zware budgettaire kortingen in 1986 en 1987 capituleert de WHO en belandt langdurig in een marginale en geïsoleerde positie (Brown, Cueto & Fee 2006; Greene 2011). De Wereldbank begeeft zich juist op het gebied van de gezondheidszorg, vanuit het adagium dat een gezonde bevolking landen economische voorspoed brengt. Deze organisatie verstaat zich goed met de Rockefeller en Ford foundations, USAID, UNICEF en westerse producenten.

Terwijl aids in ontwikkelingslanden tot een pandemie uitgroeit, staan hiv/aids medicijnen niet op de WHO lijst van essentiële medicatie. Omdat deze medicijnen kostbaar en nieuw zijn en met patenten zijn beschermd, is dat conform de afspraak met de farmaceutische industrie. Maar de ongelijkheid die dat oplevert is opzichtig. Médecins Sans Frontières (MSF) werpt zich op als “nieuwe fakkeldrager” (Greene 2011:24) en lanceert in 1999 de Campaign for Access to Essential Medicines. Daarin worden aids en ‘verwaarloosde tropische ziektes’ vanuit een recht op leven en gezondheid *geframed* als te voorkomen. De farmaceutische industrie op haar beurt levert weerwerk door niet patenten, maar armoede als oorzaak van sterfte aan te wijzen. ‘Generieke piraterij’ *framed* ze als moreel verwerpelijk en daarmee vindt ze gehoor bij de Wereldhandelsorganisatie (Owen 2014).

In 2001 komt MSF met een eigen lijst met essentiële medicatie. De organisatie werkt op vele fronten om een verandering in het beleid te krijgen. MSF lobbyt bij de WHO om de lijst aan te passen; ze oefent druk uit op de Wereldhandelsorganisatie om de regelgeving rond patenten op medicijnen aan te kaarten; ze zet zich in om generieke medicijnen geproduceerd en gedistribueerd te krijgen (‘t Hoen 2002, in Greene 2011). Intergouvernementele organisaties zoals de WHO, UNICEF en UNITAID komen erdoor in een slecht daglicht te staan (Farmer 2001, in Greene 2011). Het *sans frontièrisme* wordt overgenomen door andere groeperingen, zoals medische professionele associaties, die niet langer de WHO als de spil in crisissituaties zien. Een netwerk van NGO’s, Amerikaanse universiteiten en Europese ziekenhuizen neemt de verdere ontwikkeling van medicatie en aidszorg op zich. De groei van de filantropie rond de eeuwwisseling is daarin bepalend. Nieuwkomers zijn onder andere de Bill & Melinda Gates foundation (2000), het VN Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

³ Greene (2011) noemt de NGO Health Action International, opgericht in 1981, die vanuit kritiek op de farmaceuten een nog radicalere weg voorstaat. Deze groepering verenigt consumenten, wetenschappers en activisten uit Noord en Zuid. De lobby van de industrie wordt geleid door de IFPMA, op te vatten als een branchvereniging.

(2002) en het Emergency Plan for AIDS Relief van President Bush (2003) Met de aidsproblematiek als aanleiding wijzen alle initiatieven op de noodzaak van toegang tot medicatie.

In de loop der jaren wordt de lijst met essentiële medicatie door NGO's, farmaceuten en de financiële wereld verder uitgebreid. Want ook het bedrijfsleven schaart zich erachter, komt zelfs met eigen initiatieven. Een vroeg voorbeeld van publiek-private samenwerking is het Accelerating Access Initiative (2000). Hierin participeren zeven grote farmaceuten, samen met UNAIDS, de WHO, UNICEF en de Wereldbank, met als doel de toegang tot hiv-medicatie te verbeteren. Bedrijven kunnen zelf kiezen hoe ver ze hierin willen gaan. Opties zijn korting geven, doneren tegen kostprijs of zelfs daaronder, generieke licenties toestaan, afzien van alle patentrecht in lage inkomenslanden et cetera (Greene 2011:26).

Binnen het in 2000 mede door Bill Gates opgerichte publiek-private samenwerkingsverband GAVI, de Global Association for Vaccines and Immunisation, worden prijsafspraken met de industrie gemaakt over de aanschaf van vaccins ten behoeve van lage inkomenslanden. De Access to Medicines Index, een NGO opgericht in 2004, volgt een andere aanpak. Het initiatief wordt gedragen door farmaceuten, investeerders en een aantal NGO's. Achterliggende gedachte is dat toegang tot essentiële medicatie op zich marktwaarde heeft. Farmaceuten spannen zich in om hoog op de lijst te eindigen en gebruiken een goede score in pr en communicatie.

Greene plaatst echter alle inspanning van farmaceuten in het licht van een in de jaren negentig door een al te opzichtig winst oogmerk bezoedeld blazoen. 'Pharmafilantropie' dient ertoe om de smetten weg te poetsen en de eigen werknemers weer geëngageerd te krijgen. Hij baseert dit mede op het *framen* door de industrie van het beschikbaar stellen van essentiële medicatie als altruïstische donatie, in plaats van als publieke dienstverlening. Daardoor houdt de industrie de controle over het eigendomsrecht, de uitgifte en de prijs (Greene 2011; Owen 2014). Terwijl de werkelijke betekenis er juist in gelegen is, dat vaccins en medicatie van commerciële, door de private sector geproduceerde handelsgoederen, tot mondiale publieke voorzieningen evolueren. Essentiële medicatie krijgt eerst dan de status van mensenrecht. Tot die tijd zullen er zich conflicten over afspelen.

Een voorbeeld daarvan is de controverse tussen Indonesië en internationale toezichthouders (Lakoff 2010). Aanscherping van de internationale regels verplicht landen om in een vroeg stadium besmettelijke ziektes te melden en materiaal voor onderzoeksdoeleinden ter beschikking te stellen. In 2006 weigert Indonesië om nog langer onderzoeksmateriaal te leveren, omdat met behulp van eerder geleverd materiaal een gepatenteerd vaccin tegen vogelgriep is ontwikkeld, dat voor de doorsnee Indonesiër onbetaalbaar is. Dit vrij recente voorbeeld illustreert hoe het belang van zogeheten 'mondiale gezondheidsveiligheid', langs de Noord-Zuid as geredeneerd, niet in de pas loopt met dat van landen die daadwerkelijk door ziektes worden getroffen.

1.3. Probleemstelling: doelstelling en vraagstelling

Dit onderzoek is gericht op het krijgen van inzicht in motieven voor organisatiehandelen en structurerende invloeden op mesoniveau, vanuit een nieuw ontwikkelde theorie van *Strategic Action Fields* (Fligstein & McAdam 2011, 2012). Centraal staat het beleid van MSF rond toegang tot geneesmiddelen. De keuze is juist op deze organisatie gevallen, omdat ze op dit thema in de voorhoede opereert en de invloed en rol van NGO's vertegenwoordigt. Het onderzoek beschrijft de humanitair-medische hulporganisatie, opgericht in 1971, als een relatief nieuwe actor binnen de mondiale gezondheidszorg en analyseert haar houding tegenover collega's/ concurrenten, producenten, en (inter)gouvernementele organisaties. De korte historie van het veld in paragraaf 1.2. introduceert daartoe enige belangrijke actoren en schetst al iets van de verhoudingen en dynamiek. Rond 2000 ontstaat er rumoer in het veld naar aanleiding van de aids-pandemie. De productie van generieke medicijnen zet door en met de komst van nieuwe actoren en publiek-private coalities, is de vraag hoe MSF daarmee omgaat? Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe heeft het beleid van MSF ten aanzien van de toegang tot geneesmiddelen in ontwikkelingslanden zich tussen 1971 en 2015 ontwikkeld, op welke uitgangspunten berust het beleid, en hoe kunnen we de ontwikkeling van het beleid begrijpen?

Deze meerledige vraagstelling heeft ten eerste als doel om de ontwikkeling van het beleid over een langere periode voor en na de start van de Access Campagne in 1999, vanaf de oprichting tot heden, te beschrijven. Vervolgens om de organisatiekenmerken die in de ontwikkeling van het beleid een rol spelen inzichtelijk te maken. Deze kenmerken zijn deels specifiek voor MSF en reflecteren tevens haar rol en positie als humanitair-medische NGO in het veld. Tot slot, om de onderzoeksgegevens te relateren aan de uitgangspunten en concepten die binnen de veldtheorie geformuleerd zijn. Doel hiervan is om de relevantie van de theorie voor deze specifieke casus in dit specifieke veld van vaccinatie en medicatie te wegen.

1.4. Schets veldtheorie

Binnen de sociologie is veldanalyse een manier om relaties tussen verschillende typen organisaties in een bepaald domein, zoals de mondiale gezondheidszorg, te onderzoeken. Het geheel aan leveranciers, afnemers, toezichthouders en alle organisaties die vergelijkbare diensten of producten leveren vormen, met de organisatie zelf, een veld (DiMaggio & Powell 1983, in Scott & Davis 2007). De aard van de relaties tussen organisaties kan daardoor competitief of coöperatief zijn, verticaal of horizontaal en in meer of in mindere mate intensief. Belangrijk is, dat het in veldtheorie om context, om verhoudingen en relaties gaat en dat organisaties zich bewust zijn van elkaar en van elkaars positie bij het uitstippelen van strategieën en acties.

Met de focus op het strategisch handelen van MSF binnen de mondiale gezondheidszorg is dit een onderzoek op het snijvlak van theorievorming over sociale bewegingen en organisatiesociologie. De geïntegreerde benadering van Fligstein en McAdam (2011, 2012) is uitgangspunt. In deze theorie staat het begrip *Strategic Action Fields* centraal. Een *Strategic Action Field* (SAF) is:

“ (. . .) a meso-level social order where actors (who can be individual or collective) interact with knowledge of one another under a set of common understandings about the purposes of the field, the relationships in the field (including who has power and why), and the field’s rules.” (Fligstein & McAdam 2011:3).

Doel van strategische actie is volgens de theorie het uitoefenen van invloed. Dat doen actoren door zich “goedschiks of anderszins” (Fligstein & McAdam 2012:17) van de medewerking van andere actoren te verzekeren en daarbij is sociale vaardigheid cruciaal.

1.5. Aanpak en relevantie van het onderzoek

Het onderzoek is vergeleken met de oorspronkelijke opzet verbreed van enkel vaccinatie (bescherming) naar ook medicatie (behandeling). De reden hiervoor is dat MSF een brede, geïntegreerde opvatting hanteert. Dat blijkt onder andere uit de focus van de Access Campagne, die zich richt op de toegang tot en de ontwikkeling van diagnostiek, vaccins en medicatie, met als terugkerende aandachtsgebieden hiv/aids, malaria, verwaarloosde tropische ziektes⁴ en recenter ondervoeding, resistente tuberculose en ebola. In de Nederlandse vertaling dekt ‘toegang tot geneesmiddelen’ dit brede terrein, waar ik in het onderzoek ook wel de term ‘access beleid’ hanteer.

Het onderzoek gebruikt een kwalitatieve analyse van bronnen. Het empirische deel heeft drie onderdelen: literatuuronderzoek, documentanalyse en interviews. Het literatuuronderzoek en de documentanalyse zijn gericht op het expliciteren van de betekenis en werking van de theoretische concepten en verbanden. Bij de selectie van primaire bronnen heb ik moeten afwegen hoe het beste een beeld te geven van een organisatie die geen geheel is met één beleid en met één archief, maar die uit autonome secties bestaat. Een oplossing meen ik te hebben gevonden in publicaties van (voormalig) management van MSF, aangevuld met publiekelijk toegankelijke webdocumenten, zoals persberichten en jaarverslagen. Dit aanvullende materiaal komt vooral van de internationale en Amerikaanse sectie en van twee MSF initiatieven: de Access Campagne en het Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi). Als secundaire literatuur heb ik kunnen kiezen uit meerdere antropologische, sociologische en historische casestudies en artikelen over de organisatie. De

⁴ Tot de verwaarloosde ziektes wordt een wisselende lijst met tropische ziektes gerekend, o.a. slaapziekte (HAT), chagas, leishmaniasis, dengue koorts, schistosomiasis en lepra.

invalshoeken van Siméant (onderlinge concurrentie), Redfield (morele overtuiging) en DeChaine (retoriek) sluiten als drieluik goed aan bij concepten van de veldtheorie die mijn aandacht hebben.

Ter aanvulling en verificatie heb ik acht open interviews gehouden, half om half met informanten uit en van buiten de organisatie. Bij de selectie heb ik me in eerste instantie gericht op individuen die over een langere periode en vanuit verschillende invalshoeken op beleidsniveau ervaring hebben met MSF en met het access thema. Reden is, dat zij uit de eerste hand de veranderingen rond 2000 kennen. Bij het citeren verwijs ik naar de (voormalige) functie waaruit mijn gesprekspartner spreekt. Soms verwijs ik in algemene zin naar externe experts. Dit zijn een voormalige directeur van de WHO (tevens lid Raad van Toezicht van de Access to Medicines Index), een stafid van Oxfam, een directeur van een farmaceutische multinationale onderneming en een beleidsmedewerker van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Interne experts zijn de vier informanten die bij MSF, de Access Campagne en DNDI werken of hebben gewerkt: een medeoprichter van DNDI (tevens lid Raad van Beheer), een specialist *Témoignage* en Communicatie, een beleidsadviseur van de Access Campagne en de voormalige *advocacy* directeur.

De gesprekken van gemiddeld vijftien minuten zijn zes maal via Skype en twee maal telefonisch gevoerd. Alle interviews heb ik mogen opnemen en getranscribeerd. De directeur van het multinationale farmaceutische bedrijf heeft me gevraagd om anonimiteit. De beleidsadviseur van de Access Campagne, de medeoprichter van DNDI en de beleidsmedewerker van het Ministerie van Buitenlandse Zaken heb ik op hun verzoek vooraf indicatieve vragen gestuurd. Overige informanten zijn zuiver op grond van mijn introductie per email van het onderwerp en bepaalde thema's daarbinnen ingestapt. Terwijl de eerste twee gesprekken in de breedte zijn gevoerd, heb ik daarna meer focus aangebracht, om over specifieke onderwerpen informatie te krijgen.

De wetenschappelijke relevantie van dit onderzoek ligt in de analyse van het veld aan de hand van een nieuw ontwikkelde theorie. Dat biedt de mogelijkheid om deze theorie empirisch toe te passen en bij te stellen. Toegang tot geneesmiddelen is als thema een geschikt onderwerp hiervoor, omdat er zoveel verschillende actoren bij betrokken zijn. Tegelijkertijd wordt vrijwel automatisch een relatie gelegd met de hiv/aids strijd van eind jaren negentig. Eerst daarna is het thema door alle actoren geadopteerd en heeft urgentie gekregen. Mijn uitgangspunt is, en het artikel van Greene (2011) wijst daar ook op, dat de wortels verder teruggaan en hoewel er veel onderzoek is gedaan naar MSF, is het access beleid over een langere periode en vanuit veldperspectief nog niet belicht. De maatschappelijke relevantie bestaat eruit, dat er veel dynamiek is in het veld en dat belangen sterk uiteen lopen. Kwesties zoals de juridische strijd om patenten, de vraag of en hoe onderzoek naar nieuwe vaccins en medicijnen gefinancierd gaat worden en in welke mate en voor wie deze beschikbaar zijn komen regelmatig in de media en spelen inmiddels ook in eigen land. Aan deze kwesties kleven financiële en morele overwegingen, die ik beide belicht.

1.8. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat in vergelijkende zin een uitwerking van de veldtheorie en een reflectie op de centrale concepten en premissen. In hoofdstuk 3 beschrijf ik de ontwikkeling van MSF als organisatie en beweging, hoofdstuk 4 is gewijd aan het access beleid. In de conclusie (hoofdstuk 5) leg ik de empirische bevindingen naast de theoretische uitgangspunten. Tevens beantwoord ik in dit hoofdstuk de onderzoeksvraag, ga in op beperkingen en doe suggesties voor vervolgonderzoek.

2. Theoretisch kader

2.1. Inleiding

De *Strategic Action Field* (SAF) theorie van Fligstein en McAdam heeft als belangrijke bronnen het werk van Bourdieu en theorie van sociale bewegingen. Om die reden besteed ik in dit hoofdstuk aan beiden aandacht. Ik heb ervoor gekozen om dat op vergelijkende wijze te doen.

Doel is het beantwoorden van de vraag (2.2) *wat de verschillen zijn tussen Bourdieu's veldtheorie en de SAF-theorie?* Een volgende vraag (2.3) is, *of en hoe we het aspect sociale bewegingen terugzien in de SAF-theorie?* Tot slot (2.4) reflecteer ik op de vraag *of de SAF-theorie volstaat om het gedrag van actoren in het veld van de mondiale gezondheidszorg te begrijpen, of niet?* In deze laatste paragraaf leg ik ook de relatie tussen mijn onderzoeksvraag en de theoretische veronderstellingen en concepten, iets dat uitmondt in de formulering van empirische deelvragen.

2.2. Bourdieu, Fligstein en McAdam

Op het eerste gezicht zijn er tussen Bourdieu en de SAF-theorie veel overeenkomsten. Beiden zien de maatschappij als een sociale structuur van elkaar deels overlappende velden met dynamische grenzen. Velden groeien en krimpen en actoren kunnen afhankelijk van de context er wel of niet deel van uitmaken. Maar terwijl Bourdieu het bestaan van verschillende velden onderkent, spreekt hij zich niet uit over de relaties tussen velden (Bourdieu & Wacquant 1992:110). De SAF-theorie neemt de verwevenheid van velden en relaties ertussen juist als uitgangspunt. Aan de hand van de Matroesjka metafoor ontstaat het beeld van de sociale werkelijkheid als een eindeloze reeks van in elkaar passende velden. Die kunnen dichtbij of veraf gelegen zijn en afhankelijk, wederzijds afhankelijk of onafhankelijk van elkaar opereren. De onderlinge verhouding kan horizontaal of verticaal zijn en de aard van de relatie is van invloed op wat er in een veld gebeurt en hoe het zich ontwikkelt (Fligstein & McAdam 2012:18, 19). De inleiding (paragraaf 1.2) schetst het samenspel rond essentiële medicatie tussen verschillende velden, namelijk die van producenten, NGO's, staten en intergouvernementele organisaties. Elk veld kent meerdere spelers en daarmee ook intern een eigen dynamiek.

Sociale structuur

Een tweede aspect waarin de theorieën elkaar raken, is in de visie op de sociale structuur van een veld. Die bestaat uit objectieve, historisch gegroeide posities die verankerd zijn in een machtsbasis van door spelers verworven kapitaal (Bourdieu & Wacquant 1992:16). Bourdieu beschrijft een veld als een sociale arena en dat wijst op een denken in termen van conflict. Strijd om macht, aanzien, invloed en middelen ligt in zijn optiek aan de basis van al het handelen en de hiërarchie wordt doorlopend betwist. Gevestigde spelers zijn daarbij in principe behoudend, omdat zij geen enkel belang hebben bij verandering, terwijl nieuwkomers en machtelozen kunnen profiteren van innovatie. Een dergelijke strijd tussen oud en nieuw kan het veld volgens hem fundamenteel veranderen.

Ook bij Fligstein en McAdam staat gevestigd gelijk aan invloedrijk, machtig; het zijn de belangen en zienswijze van gevestigden die de doelen en de structuur van het veld bepalen; hun positie verschaft ze status en materiële beloningen; hun positie wordt zowel door regels en gedeelde overtuigingen bevestigd, als dat het de positie van anderen bepaalt (id.:13). Bovendien vinden gevestigden interne toezichthouders aan hun zijde. Die zijn volgens de SAF-theorie niet neutraal, maar zorgen ervoor dat het dominante perspectief overeind blijft. In een veld met redelijk stabiele verhoudingen hebben uitdagers volgens de theorie weinig opties om echt invloed uit te oefenen. Ze kunnen alternatieven aandragen, coalities sluiten met machtigere actoren of een niche opzoeken waar gevestigde actoren niet in geïnteresseerd zijn. Vaker dan zich te verzetten tegen de machtsconcentratie, of deze actief te bevechten, zouden zij zich overwegend neerleggen bij hun positie aan de zijlijn (id.).

Hoewel Fligstein en McAdam, net zoals Bourdieu, uitgaan van continue frictie tussen gevestigden en uitdagers, wordt de machtsbasis bij hen niet expliciet. Bourdieu legt daar juist veel nadruk op en onderscheidt economisch, sociaal, cultureel en symbolisch kapitaal. Wat binnen een veld relevant is, verschilt volgens hem per veld en het moment in de tijd, of beter gezegd: de fase waarin een veld zich bevindt (id.:98). De vraag die naar voren komt, is of het kapitaalbegrip van Bourdieu belangrijk is om actie in dit veld te begrijpen, of niet? Een andere vraag is wat er nodig is voor fundamentele verandering? Volgens Bourdieu past innovatie bij nieuwkomers. Hoe staat de SAF-theorie hier tegenover?

Spelgevoel en sociale vaardigheid. Strategie als niet-rationeel proces

De keuze voor strategieën is bij Bourdieu een afgeleide van posities die bekleed worden (objectief) en van het belang dat spelers hechten aan verandering (subjectief). Strategie is vooral het product van het spelgevoel van actoren: van het inzicht in de (steeds veranderende) situatie in het veld dat in het handelen een rol speelt. Daarmee is strategie geen rationeel, weloverwogen instrument om een vooraf vastgesteld doel te bereiken, want spelgevoel verwijst naar sociale sensitiviteit. Elk maatschappelijk 'spel' heeft een "ingebouwde noodzakelijkheid", een inherente logica (de Jong, 1997:330). Spelgevoel is de praktische beheersing daarvan, iets dat mensen onbewust oefenen en zich in meer of minder mate eigen maken. Het gaat er dan om, om binnen de regels die in een veld gelden en die alle spelers kennen en onderkennen, vanuit het spelgevoel te handelen.

Ook volgens de SAF-theorie bestaat de veldlogica uit gedeeld inzicht in de opbouw en werking (structuur) van het veld. Actoren kunnen diametraal tegenover elkaar staan, maar zijn het er onderling over eens waar het in het veld om draait, welke machtsposities ingenomen worden, waar macht op berust en met welke verschillende perspectieven, interpretaties en acties posities gepaard gaan (id.:11) Bourdieu's begrip spelgevoel kent bovendien zijn pendant in het begrip sociale vaardigheid, dat in de SAF-theorie een centrale rol vervult in strategische actie. Onder strategische actie verstaan Fligstein en McAdam het vormgeven en bestendigen van sociale werelden door zich te verzekeren van de medewerking van andere actoren, "willing or otherwise" (id.:17). De SAF-theorie

verbindt sociale vaardigheid daarmee nadrukkelijk met collectief gevoerde actie, terwijl Bourdieu spreekt in termen van individuele actoren die onderling strijden. Samenwerking, of medewerking krijgen, heeft niet zijn aandacht.

Habitus en de existentiële functie van het sociale

Het gedrag van de individuele actor valt volgens Bourdieu te begrijpen vanuit positie, dat de strategiekeuze bepaalt, en spelgevoel, dat van invloed is op het al dan niet succesvol handelen. Zoals een veld bestaat uit relaties tussen posities, zo heeft elke individuele speler in het veld volgens Bourdieu een ‘habitus’, waarin aan elkaar gerelateerde disposities de (onderbewuste) basis vormen van zijn denken, perceptie, waardering en handelen. Ook komen in de habitus verleden, heden en toekomst samen en die “(. . .) injecteren elkaar met betekenis” (id.:22). Habitus is dus een actief begrip. Het geeft vorm aan processen van zingeving, waarneming en beoordeling én aan strategieën om te handelen. In de eerste hoedanigheid draagt de habitus bij aan betekenisverlening in het veld: “(. . .) aan een wereld vol zin en waarde, waarin het de moeite loont om energie te steken” (id.:127). In de tweede hoedanigheid is de habitus de schakel tussen het veld, met de daarin gevormde veldlogica op basis van ingenomen posities, en de handelingspraktijk (praxis). Terwijl de habitus in beide gevallen geïmpregneerd is met objectieve sociale posities, geeft het tegelijkertijd ook *vorm aan* die posities; zo staan structuur (posities) en actor (via habitus) in een dialectische relatie.

Ook de SAF-theorie benadrukt het belang van betekenisgeving. Maar anders dan bij Bourdieu, is de behoefte aan betekenisgeving en identiteitsvorming geen individueel proces, maar wordt vervuld in wederkerigheid met de ander, in de groep. Actoren worden gedreven door een mengeling van materiële en existentiële overwegingen. De “existentiële functie van het sociale” zet actoren aan tot strategische actie in dienst van collectieve doelen (Fligstein & McAdam 2012:3). Het is diep ingebed in sociale vaardigheid. Dit wordt gedefinieerd als:

“(. . .) in staat zijn om medewerking te krijgen door een beroep te doen op en vorm te geven aan gedeelde overtuigingen en collectieve identiteiten” (id.:46).

Dit concept sociale vaardigheid dat in de SAF-theorie een centrale rol vervult en actie drijft, doet denken aan Bourdieu’s concept van spelgevoel gecombineerd met een op collectiviteit gepredestineerde habitus. De sociaal vaardige actor kan een nieuwe benadering⁵ introduceren, die voor een wezenlijke verandering van het veld zorgt. Inzicht hebben in wat andere actoren nodig hebben of waar ze belang aan hechten en deze informatie zo gebruiken dat het een doel dat je gesteld hebt dient, is de kern van strategisch handelen. De theorie maakt daarbij geen onderscheid tussen altruïstische en instrumentele motieven, omdat het feitelijk twee kanten van dezelfde medaille zijn. Het gaat om het onderkennen van (verschillende) belangen en om deze overtuigend te vertalen in collectieve doelen.

⁵ Ook wel ‘cultural frame’ of ‘logics of action.’ (Fligstein & McAdam 2012:4).

Verandering in het veld

Bourdieu's centrale thema is de analyse van structuren die sociale ongelijkheid in stand houden. Omdat verhoudingen via politieke weg te veranderen zijn heeft collectieve actie volgens hem zin. (id.:52). Hoewel hij dit wel benoemt vervult het geen rol in de opbouw van zijn methode, terwijl de SAF-theorie uit gaat van een alom aanwezige wens tot verandering die collectieve actie inspireert.

In een stabiele veldsituatie is volgens de SAF-theorie de ruimte voor verandering beperkt. Toch wordt ook dan interactie gedefinieerd door tegengestelde betekenisssystemen en proberen uitdagers het veld hun kant op te bewegen. Ook kunnen ze bepaalde externe gebeurtenissen daarvoor gebruiken. Als de gevestigden sociaal vaardig zijn en voldoende hulpbronnen of politieke steun genieten, hebben die pogingen tot verandering nauwelijks effect. Anders is dat wanneer het veld een crisis doormaakt. Niet interne strijd, maar een "exogene schok" (id.:99) zorgt meestal voor een werkelijk fundamentele verandering. Voorbeelden zijn een invasie van buitenaf door sterke nieuwkomers, macrogebeurtenissen zoals een financiële crisis, of veranderingen in een nabij veld waarmee een afhankelijkheidsrelatie bestaat (id.:22, 99). Onzekerheid leidt tot een inschatting van kansen en bedreigingen (*attribution*) en dat kan tot mobilisatie rond een nieuwe institutionele logica (*social appropriation*) en collectieve actie leiden. Die moet bij voorkeur een innovatieve vorm aannemen om succesvol te zijn. Deze bouwstenen van collectieve actie die strijd en samenwerking kenmerken zijn ontleend aan theorie van sociale bewegingen.

2.3. Strategische actie vanuit het perspectief van sociale bewegingen

Anders dan Bourdieu, richt de theorie van sociale bewegingen zich op georganiseerde, collectieve inzet met als doel sociale verandering. In termen van Scully en Creed (2005:328) gaat het om fundamentele verandering, waarbij herverdeling van macht en hulpbronnen tot een meer rechtvaardige wereld moet leiden. Wanneer echter een ruimere definitie wordt gehanteerd (c.f. Macionis & Plummer 2008) en bijvoorbeeld ook zoiets als het Brusselse lobbynetwerk voor of tegen uiteenlopende kwesties er onder valt, raakt het doel aanzienlijk vertroebeld. In de optiek van Sydney Tarrow (2001) is dat een misvatting. Hij definieert een sociale beweging daarom niet aan de hand van doelen, maar acties. Actie is in het geval van een transnationale sociale beweging een doorgaande strijd tegen een machthebber en dat kan een staat, een internationale instelling of een multinational zijn (id.:11). Een internationale NGO verstaat zich volgens Tarrow juist routinematig met dergelijke machthebbers, om belangen waaraan zij zich gecommitteerd heeft te behartigen. Als overkoepelende vorm kunnen sociale bewegingen, NGO's en alle andere individuele of collectieve actoren die een en dezelfde kwestie steunen samen deel uitmaken van een transnationaal netwerk van activisten (id.:13).

Een tweede aspect van sociale bewegingen, is dat een politiek doel en politieke invloed vrijwel altijd als belangrijke karakteristieken worden gezien, terwijl de beweging zelf meestal buiten de politieke sfeer wordt geplaatst (Tilly & Wood 2009; Davis, McAdam, Scott & Zald 2005). In termen van actie

geldt de campagne als collectieve claim richting autoriteiten. Ook is er sprake van een repertoire aan coalities, demonstraties en petitie. Tot slot van een specifieke uitstraling van waardigheid, eenheid, mobilisatie en betrokkenheid tot op het niveau van zelfopoffering aan toe, die Tilly en Wood (2009:7) “*WUNC display*” noemen.

Een derde aspect, is dat een sociale beweging gekenmerkt wordt door een collectieve identiteit en een gedeelde normatieve oriëntatie, die tot uiting komt in de geformuleerde doelen en in gezamenlijke actie. Het zoeken naar en willen bevestigen van identiteit en betekenisvolheid zijn als het ware existentiële drijfveren van menselijk handelen en daarmee instrumenten voor organisaties. In elke veldtheorie komt betekenisverlening aan bod. Voor sociale bewegingen (Scully & Creed 2005) is het construeren en legitimeren van sociale identiteit belangrijk, omdat het de basis vormt voor mobilisatie van gelijkgestemden. Wat humanitaire actie volgens Boltanski (1999) kenmerkt, is dat het zich richt op het *nu*, waarmee het dichtbij compassie blijft en dit ook opwekt. Het motief voor actie (Calhoun 2008) kan uiteenlopen van de wens om leed te verlichten, vanuit de aloude liefdadigheidsgedachte, tot aan het oplossen van wereldproblemen en het verdedigen van mensenrechten of, heel pragmatisch, om destabilisatie te voorkomen.

Een belangrijk cognitief mechanisme in dat verband is *framing*. Door strategisch gebruik van metaforen, symbolen, taal, cognitieve patronen, worden kwesties op een manier gepresenteerd: “(. . .) that resonate with the ideologies, identities, and cultural understandings of supporters and others who might be drawn to their cause” (Campbell 2005:48). *Framing* richt zich op een gedeeld begrip en interpretatie van de wereld door gelijkgestemden, wijst oorzaak, gevolg én een oplossing aan voor problemen. In die zin is het een bemiddelaar tussen (politieke) mogelijkheden en het mobiliseren van de achterban tot de gewenste actie (id.). De formele en informele politieke omstandigheden die kansen op actie mogelijk maken of belemmeren zijn als omgevingsfactor eveneens een strategisch mechanisme. Voorbeelden die Campbell noemt zijn de mate waarin een formele politieke structuur ruimte biedt aan uitdagers, of repressie uitoefent en de mate van stabiliteit in coalitievorming van politieke elites. *Agenda setting* (Kingdon 1995) wijst op het vermogen om in een discussie de parameters te bepalen. *Resource mobilization* of *mobilizing structures* zijn de informele en formele vormen waarlangs verzet zich kan organiseren (McAdam & Scott 2005). Al deze mechanismen die een rol spelen in collectieve actie in sociale bewegingen, komen in de SAF-theorie terug.

2.4. Reflectie

Resumerend zijn belangrijke verschillen tussen de SAF-theorie en Bourdieu ontleend aan theorie van sociale bewegingen. De theorie biedt bruikbare uitgangspunten voor een analyse van het veld van de mondiale gezondheidszorg. Allereerst vanwege het denken in termen van velden die elkaar deels overlappen en die met elkaar interacteren; bevindt MSF zelf zich niet op het snijvlak van het

humanitaire en medische veld? De theorie levert een model op waarmee relaties tussen verschillende velden in kaart kan worden gebracht. Zoals ik in de inleiding heb beschreven en in de analyse van MSF naar voren zal komen, treffen rond het access thema westerse en niet-westerse overheden en intergouvernementele organisaties, farmaceuten, biomedische bedrijven en publieke onderzoeksinstituten, publiek-private samenwerkingsverbanden, filantropen, NGO's en belangengroeperingen elkaar. Vanwege de diversiteit aan actoren lijkt de SAF-theorie vooral geschikt om een thema centraal te stellen en vanuit vogelperspectief ontwikkelingen en handelen van actoren in kaart te brengen. Omdat zoals uit de inleiding blijkt rond het access thema tegengestelde, veld overstijgende belangen spelen, is de aandacht voor collectieve inzet om verandering te bereiken of juist tegen te houden, zoals de theorie voorstelt, relevant.⁶ Strijd die rond het thema geleverd wordt staat volgens de theorie, anders dan bij Bourdieu, expliciet in de context van gedeelde belangen en doelen. Het gaat in belangrijke mate om overtuigingskracht en om de middelen die daarbij worden gebruikt.

Daarom dicht de SAF-theorie een grote rol toe aan sociale vaardigheid, waarmee succesvol verbintenissen kunnen worden aangegaan en, via innovatieve inzet, verhoudingen in het veld werkelijk kunnen veranderen. Sociale vaardigheid zien Fligstein en McAdam (2012:178) als "het glijmiddel," terwijl de bouwstenen van het veld de regels en de beschikbare hulpbronnen zijn. De SAF-theorie onderkent daarmee wel het bestaan en ook het belang van hulpbronnen, maar besteedt er in de opbouw van de theorie nauwelijks aandacht aan. Er wordt gerefereerd aan materiële, culturele en politieke hulpbronnen waar vooral gevestigde actoren over beschikken (id. 2011:9). Elders is sprake van hulpbronnen zoals geld, sociale relaties en kennis (id. 2011:12) waarmee de medewerking van andere actoren kan worden verkregen. De lijst van mogelijke hulpbronnen wordt zelfs onuitputtelijk genoemd (id. 2012:172). De geringe aandacht voor en weinig expliciete uitwerking contrasteert met het uitgekende meerledige kapitaalbegrip (economisch, cultureel, sociaal en symbolisch) van Bourdieu, dat de mogelijkheid biedt om de machtsbasis in een veld te expliciteren en te nuanceren.

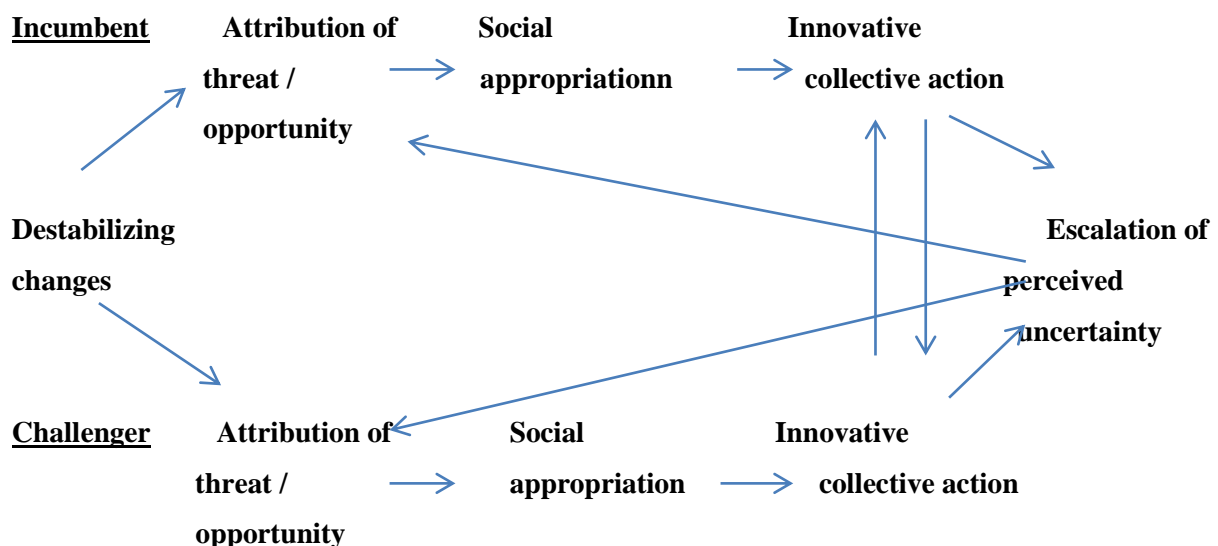
De verklaring hiervoor ligt in de volstrekt andere vraagstelling van de SAF-theorie. Bourdieu's actoren worden in de optiek van Fligstein en McAdam zuiver gedreven door eigenbelang (id.:25) en hun gedrag wordt enkel bepaald door hun positie, kapitaal en de perceptie van strategische kansen.⁷ In deze veldoptiek strijden individuele actoren met anderen om hulpbronnen zodat ze een betere positie verwerven. Fligstein en McAdam kiezen er echter voor om niet macht en belangen centraal te stellen,

⁶ In paragraaf 1.2 blijkt dat bijvoorbeeld als westerse overheden de financiering van een te activistische WHO opschorten om industriële en economische belangen te beschermen.

⁷ Fligstein en McAdam doen Bourdieu mijns inziens onvoldoende recht, want het motief voor strijd ligt bij Bourdieu niet zozeer in eigen gewin (rationele keuze), maar in de betrokkenheid op de omgeving en de wens om het spel te spelen (Bourdieu & Wacquant 1992:25). Dat zegt echter nog niets over collectief gedrag.

maar een mix van materiële en existentiële overwegingen (id.:3). Ze stellen een fundamenteel andere vraag, namelijk wat sociale verandering drijft en hoe collectieve actie tot stand komt. Premisse is dat niet primair het eigenbelang daarin speelt, maar een existentiële behoefte aan betekenisverlening die mensen en groepen bindt. Sociale vaardigheid is in de SAF-theorie de crux om anderen mee te krijgen en om een overeengekomen doel dichterbij te brengen. Strategische mechanismen dienen ertoe dat kansen die zich voordoen gebruikt worden om de positie te versterken of te verbeteren. Deze mechanismen, die de SAF-theorie aan theorie van sociale bewegingen heeft ontleend, zoals *framing*, *political opportunity*, *resource mobilization* en *agenda setting* kunnen in het relationeel handelen worden gedetermineerd. Het *framing* mechanisme heeft dan bijvoorbeeld een rol in het mobiliseren van de achterban (*resources*) en het overtuigen van ‘tegenstanders’, doordat het een beroep doet op gedeelde overtuigingen en bijdraagt aan identiteitsvorming (cultureel-cognitief). De bedoeling van dit onderzoek is om te bekijken hoe een NGO zoals MSF zich als strategische actor in een veld met gevestigde, invloedrijke, sociaal/politiek goed ingebedde en kapitaalkrachtige actoren verstaat en in hoeverre de theorie van Fligstein en McAdam daar licht op kan laten schijnen. Valt deze casus zonder Bourdieu’s kapitaalbegrip als bouwsteen van positievorming wel te begrijpen? Met de nadruk op het collectieve menen zij zelf de meer individuele insteek van Bourdieu aan te vullen (id.:25).

Onderstaand schema van Fligstein en McAdam is eveneens geïnspireerd door theorie van sociale bewegingen en geeft de eerder beschreven velddynamiek weer als een interactief proces. Elke wezenlijke verandering leidt tot interpretatie, verwerking en actie, waarbij actoren op elkaar reageren en escalatie kan volgen, wat tot nieuwe interpretatie, verwerking en actie leidt.



Figuur 1.1. Fligstein & McAdam, 2012:20

Dit schema is een handvat om de dynamiek die rond 2000 in het veld optreedt in kaart te brengen. De inleiding geeft de indruk, dat MSF een kans benut op het moment dat die zich voordoet: de WHO is naar de zijlijn gemanoeuvreerd door een machtige statelijke-industriële coalitie, er is een maatschappelijke urgentie (aids) en er is een oplossing (generieke medicatie). Uit het niets lijkt MSF met de Access Campagne te komen en zich een invloedrijke positie te verwerven. Klopt dat beeld? Daarvoor beschrijf ik de ontwikkeling van de organisatie en het beleid, conform het eerste deel van mijn onderzoeksvraag, aan de hand van de volgende empirische deelvraag:

Welke posities neemt MSF achtereenvolgens in; en waardoor is dit bepaald?

Tarrow's (2001) onderscheid maakt het verband en de verschillen tussen een sociale beweging en een NGO, als formele of informele representant, duidelijk. Als NGO heeft MSF een humanitaire missie met een medische basis. De Access Campagne kent echter het activistische aspect van sociale bewegingen volgens de criteria van Tilly en Wood (2009). Daarmee begeeft de organisatie zich volgens de theorie in het politieke domein en dat roept nieuwe vragen op. Streeft MSF, a la Bourdieu, naar verandering en verbetering van de eigen positie in het veld? Of is ze in termen van Scully en Creed (2005) gericht op een fundamentele verandering van structurele ongelijkheid? Is er, met Tarrow (2001) in gedachten, sprake van een routineus spel, of van strijd? Deze aspecten zijn relevant in verband met het tweede deel van mijn onderzoeksvraag: Op welke uitgangspunten berust het beleid? Zo kom ik tot de volgende empirische deelvraag:

Welke doelen en belangen heeft MSF; en hoe draagt zij die uit?

Het derde deel van de onderzoeksvraag luidt: *Hoe kunnen we het beleid van MSF begrijpen?* Dit is een vraag naar de werking en bruikbaarheid van theoretische concepten en hier komt het model van pas. De gedachtegang van de SAF-theorie volgend is samenwerking - of medewerking verkrijgen - het fundament van innovatieve actie. Daarvoor moeten anderen overtuigd worden dat de aangedragen oplossing, identiteit of wereldbeeld ook voor hen uitkomst biedt (Fligstein & McAdam 2012:25). Het vermogen tot actie wordt daardoor bepaald door sociale vaardigheid en de gekozen strategie varieert van behoud tot verandering, afhankelijk van de positie in het veld. De theorie kiest een politiek-culturele insteek (id:112), dat wil zeggen dat betekenisgeving belangrijk is, maar expliciet verbonden aan collectieve doelen. Onderlinge concurrentie en de drang zich te onderscheiden van vergelijkbare organisaties heeft de theorie niet centraal staan, terwijl Siméant (2005) het veld van humanitaire hulporganisaties, waar MSF mede toe behoort, als zeer competitief beschrijft. Zo kom ik tot de laatste twee empirische deelvragen:

Welke betekenis hebben strijd, samenwerking en collectieve actie voor MSF?

Welke strategieën en strategische mechanismen hanteert MSF om haar doelen te realiseren?

3. Ontwikkeling van MSF als organisatie en beweging tussen 1971-2015

3.1. Innovatie in het humanitair-medisch veld

Mythes belichten buitengewone daden, verricht door helden die onbekende paden vol gevaren volgen, vanwege een nobel doel. Ze dragen bij aan het beeld, het publieke profiel, van een individu, organisatie of beweging. Het ontstaan van MSF wordt gekleurd door een dergelijke mythe (Redfield 2013; Davey 2014). Die vertelt hoe het Rode Kruis zwijgend toekijkt als de Nigeriaanse overheid eind jaren zestig bewust een hongersnood creëert, om de opstandige provincie Biafra op de knieën te krijgen. Uit afschuw over dat zwijgen, de discretie waarmee humanitaire actie standaard gepaard gaat, richten een aantal jonge Franse dokters eenmaal teruggekeerd van hulpmissies in Biafra en Bangladesh, samen met journalisten van het medische tijdschrift *TONUS*, MSF in december 1971 op. Het in geweer komen tegen onrecht door zich uit te spreken krijgt de term *témoignage* en geldt sindsdien als het handelsmerk van MSF.

Dit talloze keren gereproduceerde verhaal over het ontstaan wekt licht de indruk dat MSF niet zwijgt over leed en onrecht en zich in morele zin onderscheidt van andere humanitaire organisaties. Dat zij net iets oprechter en rechtschapener is dan haar collega's. Maar uit een interview met een van de oprichters blijkt dat MSF gewoon het standaard protocol volgt:

“Doctors don't go to be witnesses (. . .) If doctors keep quiet, they'll be allowed in; otherwise they'll be kept out like everyone else.” (Magone, Neuman & Weissman 2011:178).

Toepassing van het neutraliteitsbeginsel betekent voor een organisatie zoals MSF dat ze zich onthoudt van uitlatingen over gebeurtenissen en handelen van (strijdende) partijen. Het is als verplichtende voorwaarde voor alle medewerkers opgenomen in het oorspronkelijke handvest uit 1971 (id.). De eerste publieke veroordeling door MSF van excessen vindt jaren later plaats, in 1977, gaat tegen het organisatiehandvest in en is mede daardoor intern omstreden.⁸ *Témoignage* als principe zal pas in 1995 een plek in het handvest krijgen, maar blijft ook daarna onderwerp van discussie en controverse.

Hoe kan deze mythe over actief getuigenis afleggen dan toch ontstaan en zich nestelen in het collectieve geheugen? Omdat MSF snelle interventiemissies wil uitvoeren zonder toestemming of goedkeuring van overheden te vragen is ze wel degelijk anders dan haar belangrijkste voorloper, het uit 1863 daterende Rode Kruis. Maar vooral (Redfield 2013) maken haar journalistieke wortels het verschil. Leed is in de jaren zeventig breeduit zichtbaar in de huiskamers en MSF is vanaf het begin mediabewust. Het publiekelijk *framen* van leed als genocide, zoals MSF eind jaren zeventig doet, versterkt ze nog door de vergelijking met naziconcentratiekampen te maken. Het onderstreept de

⁸ De president van MSF-Frankrijk, Malhuret, spreekt zich dan uit over het optreden van de Rode Khmer. In het Franse archief zijn geen stukken meer over het tumult dat intern zou zijn ontstaan (Magone et al. 2011:178).

noodzaak van humanitaire interventie én van MSF als nieuwe speler in het veld. Het onderstreept bovendien het verschil met het Rode Kruis, dat het zwijgen over nazi-excessen in de tweede wereldoorlog als smet met zich meedraagt – iets waar MSF regelmatig aan refereert.⁹ (c.f. Brauman 2006).

In de decennia die volgen zal MSF haar publieke imago goed bewaken. Zo legt de organisatie tot op de dag van vandaag een verband tussen de oprichting van MSF en de opstanden in Parijs in mei 1968¹⁰ en wijst ze op haar aanvankelijke reputatie van ‘medische hippies.’ Daarmee suggereert ze jeugdig elan en rebellie tegen de gevestigde orde.¹¹ Dat het management van MSF-Frankrijk in de jaren zeventig en tachtig een politiek en economisch liberalisme in plaats van een radicaal perspectief omhelst (Siméant 2005; Redfield 2013) en vanwege de scherpte van haar anticommunisme in het politiek rechtse kamp wordt toegejuicht (Davey 2011, 2014) blijft daarentegen op de achtergrond.¹²

Groei binnen humanitaire context

In de jaren zeventig krijgt transnationale gezondheidszorg de vorm van technische hulpverlening: het opbouwen van gezondheidszorgstructuren en het uitvoeren van preventieve vaccinatiecampagnes door organisaties zoals UNICEF en de WHO. MSF stuurt die eerste jaren zoveel mogelijk dokters als vrijwilliger mee met dit soort organisaties. Al is de mogelijkheid om zich te onderscheiden gering, hun aanwezigheid in het veld versterkt het bestaansrecht en levert MSF erkenning op. Ook groeit hierdoor de eigen expertise en het vrijwilligersbestand (Magone et al. 2011).

Meer zichtbaarheid biedt het werk in vluchtelingenkampen, waarvan de populatie explosief groeit.¹³ In de jaren tachtig neemt het aantal veldmissies daardoor sterk toe, zelfstandig uitgevoerd dankzij een succesvolle mediacampagne die de nodige fondsen oplevert om de organisatie te structureren en te faciliteren. MSF moet zich nu niet alleen bewijzen ten opzichte van het Rode Kruis, maar ervaart naar eigen zeggen ook concurrentie van nieuwe hulporganisaties, zoals Médecins Du Monde en Action Internationale Contre la Faim (id.). Vooral clandestiene missies naar

⁹ “Malhuret (president van MSF-Frankrijk, NF) replied, “This is politics in the true sense of the word. People are dying of hunger in Cambodia, and we can’t intervene. If you had known about Auschwitz, would you have buried your head in the sand?” (Vallaey 2004, in Magone et al. 2011:179).

¹⁰ “Amid the Parisian upheavals of May 1968, a group of young doctors decided to go and help victims of wars and major disasters.” Bron: website MSF-USA (geraadpleegd 6 november 2015).

¹¹ De wijze van formulering houdt de mogelijkheid open of dit verwijst naar links activisme, of juist het onderscheid uitdrukt tussen radicalen (‘schreeuwers’) en MSF (‘doeners’).

¹² Voor de complexiteit van de ideologische richtingstrijd tussen het *sans frontiérisme* en het *tiers-mondisme* tijdens de koude oorlog zie Davey (2011, 2014)

¹³ In 1975 zijn er wereldwijd 3,5 miljoen vluchtelingen, tien jaar later is het aantal ruim verdrievoudigd tot 11,8 miljoen. Het aantal stijgt tot 17,4 miljoen in 1990 en wordt twee jaar later nog eenmalig overtroffen (17,8 miljoen vluchtelingen). Bron: www.therefugeeproject.org (geraadpleegd 6 november 2015).

rebellengebieden versterken de internationale reputatie. Want hoeveel indruk het werk in de context van hongersnood of epidemische ziekten ook maakt, in dergelijke gevaarlijke omstandigheden excelleert MSF tot modern heldendom:

“(…) precarious, and sometimes highly dangerous conditions (...) exposed to attacks by the Red Army (...) in isolation throughout the winter (...) doctors had to turn themselves into surgeons, with the few instruments they had available to them. “ (Brauman 2012:36).

In de jaren negentig neemt het werk in vluchtelingenkampen af¹⁴ en voert MSF het aantal missies naar oorlogssituaties en conflictzones op. Clandestiene missies naar gebieden waar hulporganisaties onder bescherming van rebellen werken financieren ongewild continuering van clanstrijd en raken omstreden (Orbinski 2009). Tegelijkertijd raken militaire en humanitaire interventies verward doordat de Verenigde Naties tientallen vredesmissies uitrust naar conflictgebieden waar hulporganisaties werken. De retoriek rond mensenrechten en humanitaire doelstellingen waarmee militair ingrijpen na 9/11 gepaard gaat, maakt dat MSF missies in gebieden waar zij soms al twee decennia zit, zoals in Irak en Afghanistan, staakt (Redfield 2008).

Toegang tot geneesmiddelen als nooduitgang / vlucht vooruit / kans

Agendering in 1995 door de WHO van besmettelijke ziektes biedt MSF de gelegenheid om de afbouw van technische assistentie en van het werk in vluchtelingenkampen te compenseren (Magone et al. 2011). Nieuwe epidemieën, zoals aids en ebola, zijn, met verwaarloosde ziektes en bioterrorisme, politieke aandachtspunten. De toekenning van de Nobelprijs in 1999 aan de voormalige ‘ragtag’ organisatie wordt opgevat als teken van volwassenheid (Redfield 2013).

Met de Campaign for Access to Essential Medicines en het vervolg erop, Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi) in 2003, komt MSF uit haar comfortzone van medische hulpverlening en geeft ze haar *témoignage* nieuwe invulling. Door deze initiatieven schuurt MSF tegen het domein van de mensenrechten en ruilt ze buitengewone situaties (hongersnood, oorlog) in voor mondiale ongelijkheid (Redfield 2008; Brauman 2011). In praktische zin verandert de aard van dit werk richting diplomatie, politieke lobby, handelsrecht, internationaal beleid en ontwikkeling van medicatie en vaccins. In beide gevallen is samenwerking een nieuw thema. In de Access Campagne betreft dat NGO's en belangenorganisaties. DNDi doet een beroep op de private en de publieke sector, met als doel: “(. . .) to circumvent the marketplace by focusing on medical need and treating drugs as “public goods” (DNDi brochure 2004, aangehaald in Redfield 2008:135).

¹⁴ In de jaren negentig zet een graduele daling van de vluchtelingenstroom in, waardoor in 2000 het aantal ligt op dat van 1985 (12 miljoen). In 2012 is het verder gezakt tot 10,5 miljoen. Bron: www.therefugeeproject.org (geraadpleegd 6 november 2015). Medio 2014 zijn er 13 miljoen vluchtelingen en 5,1 miljoen *displaced persons*. Bron: <http://www.unhcr.org> (geraadpleegd 6 november 2015).

3.2. Ontwikkeling van de organisatie

De groei en professionalisering van MSF in de jaren tachtig vindt plaats onder druk van groeiende competitie in het veld van hulporganisaties (Siméant 2005). Het brengt MSF een heldere structuur, uitbreiding met secties, nieuwe kantoren, betaalde stafleden en bureaucrativering van processen (logistiek, fondsenwerving, communicatie, personeel). MSF-Frankrijk krijgt tussen 1980 en 1986 gezelschap van vier andere nationale secties: MSF-België (1980), MSF-Zwitserland (1981), MSF-Nederland (1984) en MSF-Spanje (1986). Deze vijf secties zijn vanaf de jaren negentig spil in een nieuwe structuur van vijf operationele centra die elk uit vier a vijf secties / kantoren bestaan. Aanvankelijk worden nieuw toegevoegde secties *delegate offices* genoemd; hoewel juridisch zelfstandig, hebben zij primair een ondersteunende functie van de operationele spil op het gebied van fondsenwerving en werving van personeel.¹⁵ De spil-secties concurreren onderling over de verdeling van de *delegate offices*, die in verschillende mate lucratief zijn (id.). In 1996 bestaat MSF uit in totaal twintig secties, vanaf 1990 losjes gecoördineerd door een hoofdkantoor. De secties houden dit kantoor volgens Siméant (2005) bewust klein, om zelf optimaal greep te houden op de eigen operationele besluitvorming en om vertragende bureaucratie te voorkomen.

Na 2000 werkt MSF aan een mondiale structuur om een al te westers imago kwijt te raken.¹⁶ MSF-Brazilië, MSF-Oost-Afrika, MSF-Latijns-Amerika en MSF-Zuid-Afrika zijn formeel in 2011 toegetreten. In plaats van operationele centra en *delegate offices* vindt de term samenwerkingspartners voorzichtig ingang, met de bedoeling om meer gelijkwaardigheid tussen de individuele secties te creëren. Het gewicht van sommige secties is zo groot, dat andere te afhankelijk zijn en dat geeft machtsongelijkheid. Vooral MSF-USA, onderdeel van de clustering rond MSF-Frankrijk, is kapitaalkrachtig genoeg om eigen ambities te formuleren en om zelf operationele taken uit te gaan voeren. De hele beweging heeft MSF-USA nodig, maar andersom is dat niet het geval (id.). Daarnaast zijn er twaalf gespecialiseerde ‘satellieten’ aan MSF, of aan secties, verbonden, waaronder meerdere logistieke centra en Epicentre (epidemiologisch onderzoek).¹⁷ De relatie met MSF is geformaliseerd. Epicentre bijvoorbeeld is een ‘non profit association’ en MSF-Frankrijk heeft de meerderheid van stemmen in het bestuur. De Access Campagne en DNDi zijn geen ‘satellieten.’ De eerste is honderd procent onderdeel van MSF en ondergebracht bij MSF-Internationaal in Genève. DNDi is een aparte NGO en wordt vermeld als partnerorganisatie van MSF. De financiële en bestuurlijke relatie c.q. invloed van MSF in DNDi ligt tot op heden statutair vast, onder andere via een bestuurszetel.

¹⁵ Fox (2014), Redfield (2005), Siméant (2005) en websites van MSF geven uiteenlopende data van oprichting van deze *delegate offices*. De website van MSF-USA noemt bovendien kantoren in Rusland, Tsjechië, India, Zuid-Korea, Mexico en Ierland (geraadpleegd 6 november 2015).

¹⁶ Bron: <http://www.msf.org/article/m%C3%A9decins-sans-fronti%C3%A8res-holds-its-first-international-general-assembly-marks-fortieth> (geraadpleegd 6 november 2015).

¹⁷ Juist in deze initiatieven die MSF in het leven roept komt de ontwikkeling van het access beleid goed tot uiting. Zie paragraaf 4.2.

Formele en informele beslissingsstructuur

Formeel zijn de vijf operationele secties zelfstandige verenigingen en bepalen hun eigen beleid. Omdat sommige secties zonder toestemming van Parijs zijn opgericht en een daarvan afwijkende koers varen ontstaan er snel conflicten. MSF-België en MSF-Frankrijk zijn daardoor al dertig jaar alleen in naam met elkaar verbonden (id.).¹⁸ Veel van de controverses ontstaan rond *témoignage*. Als een sectie zich uitspreekt, in een conflict belandt of zich uit een land terugtrekt, iets dat bij MSF nooit stilletjes gaat, heeft dat gevolgen voor andere secties. Het bemoeilijkt de onderlinge samenwerking. (id.). Anderzijds heeft deze mate van autonomie ook voordelen. MSF ziet het als een manier om discussie gaande te houden. Nieuwe ideeën worden ook gerealiseerd als een sectie ze niet steunt, omdat het de andere secties vrij staat om ze door te voeren. Het dient kortom innovatie. Hierdoor heeft bijvoorbeeld MSF-Duitsland volgens Siméant (2005) de oprichting van DNDi niet kunnen tegenhouden.¹⁹

MSF-Internationaal is in 1997 opgericht om dit geheel te coördineren. Het belangrijkste overlegorgaan is de International Council, waar alle presidenten van de nationale secties een zetel in hebben. Taak van de Council is om te proberen de samenwerking tussen de secties af te stemmen en om meningsverschillen die rond het handvest ontstaan op te lossen. Het handvest is echter zo algemeen opgesteld dat het geen steun biedt bij coördinatie. Het is eerder een vlag, een vaandel waaromheen discussies worden gehouden, dan een ordenend principe en representeert volgens Siméant (2005) een *sense of belonging*.

De invloed van MSF-Frankrijk is volgens Siméant (2005) nog altijd groot, zowel in beleidskwesties als bij de oprichting van secties. Het besluit tot verdere internationalisering en uitbreiding in de jaren negentig is bijvoorbeeld in Parijs genomen (id.). De president van MSF-Frankrijk heeft een bestuurszetel in MSF-USA, de belangrijkste en rijkste sectie en ook het bestuur van MSF-Verenigde Arabische Emiraten bestaat merendeels uit Franse directeuren. Ook kent MSF volgens Fox (2014) een sterke informele hiërarchie, waarin individuen buiten de formele structuur om geraadpleegd worden bij besluitvorming, terwijl niet altijd duidelijk is wie het precies betreft.

Mensen en middelen

Bij oprichting in 1971 telt MSF naar eigen zeggen driehonderd vrijwilligers die voor een lokale vergoeding een beperkte periode ‘op missie’ gaan. Het zijn jonge westerlingen die zich uit idealisme en om hun medische kennis in praktijk te brengen aanmelden.²⁰ In 1989 heeft MSF tweeduizend

¹⁸ Siméant (2005) beschrijft MSF als een organisatie waar secties elkaar dwarsbomen en weigeren om samen te werken. Overigens signaleert zij datzelfde bij andere internationale hulporganisaties.

¹⁹ Redfield (2008:135) noemt ook MSF-Nederland als tegenstander van de oprichting van DNDi, met als reden dat het te ver van de kerntaak van (nood)hulpverlening af ligt.

²⁰ Bron: <http://www.msf.org/msf-history>

mensen in het veld; de helft is Frans, de andere helft bestaat dan al uit dertig verschillende nationaliteiten (Greenberg 2002).²¹ Volgens het meest recente jaarrapport (2013) groeit MSF gestaag en telt momenteel tweëndertigduizend vrijwilligers, lokaal personeel en stafleden. Bij de structurering medio jaren tachtig, met de oprichting van kantoren voor de operationele centra en coördinerende functies in het veld, groeit het aantal functies met een regulier salaris. Ook veldwerk wordt nu anders gewaardeerd, want na twaalf maanden missie ontstaat een regulier arbeidsverband met een salaris op basis van het land van herkomst. MSF benadrukt de matige honorering, bijvoorbeeld op de website van MSF-Nederland en in jaarrapporten. Het bestand is tegenwoordig werkelijk globaal, Aziatische dokters werken in Afrika en andersom. Ook het aandeel lokale medewerkers stijgt.

MSF voert in 2013 in zevenenzestig landen missies uit; dat aantal neemt af volgens de jaarverslagen van MSF Internationaal. Het aantal missies van een hulporganisatie legitimeert volgens Siméant (2005) een mondiale claim. Meer middelen leidt meestal juist naar meer missies, meer private donaties, meer kantoren en geeft ook meer invloed. In die zin is het ongunstig voor MSF als de organisatie in minder landen terecht kan door een krimp van de zogenaamde humanitaire ruimte.²²

MSF kiest voor onafhankelijkheid in haar handvest en verwijst daarbij graag naar haar financieringsmodel. De kurk waarop de organisatie drijft bestaat namelijk sinds de oprichting bewust niet uit subsidies maar uit particuliere donateurs, iets dat ongevoeligheid voor politieke invloeden en nationale belangen moet garanderen. Volgens Redfield (2005) versterkt dit ook het morele kompas: het principe van *témoignage* en de plicht te interveniëren.

Over de inkomsten en uitgaven in de eerste decennia bestaat op het internet rudimentaire en niet verifieerbare informatie. MSF-Frankrijk realiseert tussen 1979 en 1980 een verdrievoudiging van middelen, van 1.5 naar 4.3 miljoen dollar. Het gaat om incidentiele bijdragen (Brauman & Tanguy 1998). Tien jaar later is het budget ongeveer 77 miljoen euro. Daarvan is twee derde afkomstig van zehonderdduizend particuliere donateurs. Weer tien jaar later, in 1999, is het jaarbudget gestegen naar 300 miljoen euro en werkt MSF in meer dan tachtig landen, met vijftienhonderd *expats* ('vrijwilligers') en tienduizend lokale medewerkers (Redfield 2008). Het tekent de enorme groei.

De jaarrapporten van 2004 tot en met 2013 staan integraal online (website MSF-Internationaal). De inkomsten groeien van ongeveer 450 miljoen (2004) naar 1 miljard euro (2013). Het aantal particuliere donateurs stijgt van 3,5 miljoen (2004) naar 5 miljoen (2013) en genereert vrij consistent rond de achtentachtig procent van de inkomsten. De investering die MSF eind jaren negentig doet om buitenlandse kantoren op te zetten en de fondsenwerving aan de gang te krijgen betaalt zich wat betreft middelen uit. Het percentage van de inkomsten dat besteed wordt aan

²¹ Deze bron is niet te controleren. Van MSF staan alleen de jaarverslagen van de afgelopen tien jaar online.

²² http://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/humanitarian_space_en.pdf (geraadpleegd 6 november 2015).

témoignage is relatief klein. Hieronder valt ook de Access Campagne. De uitgaven daaraan zijn gegroeid van 2,5 miljoen (2004) naar 4 miljoen euro (2013). Die van ‘overige *témoignage*’ van 12 miljoen (2004) naar 26 miljoen euro (2013). (Bron: MSF-Internationaal).

3.3. MSF als beweging

De omvang van het bestand aan vrijwilligers die op missie zijn geweest en (oud) werknemers maakt hoe groot MSF als beweging is. Ze noemt zich: “a vibrant, field-based movement.” (website MSF-Internationaal). De secties kennen allemaal de verenigingsstructuur, met (ex) medewerkers als leden. Zij kiezen uit hun midden een bestuur, dat daardoor dicht op het veld en de praktijk staat. Naast een jaarvergadering van elke sectie, is er een jaarlijkse internationale algemene vergadering waar alle secties vertegenwoordigd zijn. Tijdens die bijeenkomsten worden individuele secties aangesproken op hun beleid, komen er vanuit secties voorstellen voor nieuw beleid en worden strategische besluiten geagendeerd. Uit verslagen (o.a. Fox 2014) komt een beeld naar voren van levendige ontmoetingen, zoals van een partijbijeenkomst. De Chantilly bijeenkomst (1995) en de La Mancha bijeenkomst (2005) zijn voor MSF-leden geschiedkundige mijlpalen van beleidsvorming geworden. Bovendien vindt discussie door het jaar heen plaats, want elke sectie organiseert regelmatig debatten en bijeenkomsten, waar over de richting van de organisatie wordt gesproken. *Live streaming* van bijeenkomsten brengt veld en thuisfront samen. Er zijn forums voor vrijwilligers met veldervaring en trainingen voor wie aan studenten en scholieren voorlichting wil geven over het werk van MSF.

Alleen (ex-)MSF medewerkers zijn lid van de beweging. Zo vormt zich een *community* van gelijkgestemden, die met elkaar van mening kunnen verschillen over wat de juiste beleidskeuzes zijn, maar dat doen vanuit een persoonlijke betrokkenheid. Het publiek mag de acties van MSF volgen en in woord en daad (financieel) steunen, maar kan zich niet zelf tot lid van de beweging rekenen en beslist niet mee over het beleid. MSF onderneemt actie vóór jou en namens jou, maar niet mét jou.

Relatie met andere NGO's

De Wereldbank en het Internationale Monetaire Fonds leunen in de jaren tachtig voor de uitvoering van het beleid in sterke mate op een uitdijend veld van NGO's. Dat veld kent een competitieve sfeer (DeChaine 2002; Siméant 2005). In de jaren negentig worden enkele organisaties op grond van hun reputatie en expertise toegelaten tot het intergouvernementele onderhandelings- en besluitvormingsproces (Willettts 2011). Daarmee ontstaat onderscheid tussen ‘grote’ en ‘kleine’ spelers. Tot de eerste, mondiaal opererende categorie behoren MSF, Save the Children, CARE, Plan International, Oxfam, World Vision en CIDSE (Smilie 1995, in Siméant 2005). De toekenning van een consulterende status en permanente vertegenwoordiging in organen en commissies tekent de jaren van

erkenning en institutionalisering.²³ Ten aanzien van collega's toont MSF zich voorzichtig. Zo zijn zowel de Nederlandse als Belgische afdelingen uit nationale samenwerkingsverbanden²⁴ rond fondsenwerving gestapt. Deze eigenzinnige strategie pakt tot op heden goed uit. Volgens Dekker en Van Uffelen in *de Volkskrant* van 10 juli 2015 zien alle goede doelen hun inkomsten uit fondsenwerving teruglopen, behalve Artsen zonder Grenzen Nederland. Dat groeit jaarlijks gestaag, van 24 miljoen euro (2004) naar een tweede plek met 52 miljoen euro (2014). Incidenteel werkt MSF samen met andere hulporganisaties. De relatie met Oxfam lijkt het meest consistent, vooral op het gebied van *advocacy* rond toegang tot geneesmiddelen.²⁵

3.4. Denkbeelden en principes

Het oorspronkelijke handvest uit 1971 spreekt over hulpverlening aan mensen in nood, aan slachtoffers van natuurlijke en van door mensen veroorzaakte rampen en aan slachtoffers van gewapende conflicten. Daarbij bewaakt MSF, volgens de website van MSF-Internationaal, de neutraliteit en onpartijdigheid vanuit een universele medische ethiek en het recht op humanitaire hulpverlening; en onafhankelijkheid ten aanzien van politieke, economische of religieuze machten. In 1995 (Chantilly meeting) is *témoignage* officieel toegevoegd als onderdeel van het werk. Het is een mengeling van getuigenis afleggen over onrecht en het als pleitbezorger optreden voor slachtoffers.

De interpretatie van dat aspect, *témoignage*, is intern en extern grond voor verwarring. De conclusie van Redfield (2006, in Schultheis Moore 2013) is dat *témoignage* in de loop der jaren een meer centrale plek heeft gekregen binnen zowel het werk als de interne debatten die worden gevoerd. MSF-Groot-Brittannië noemt het op de website "(...) the act of being willing to speak out about what we see happening in front of us." Dat impliceert dat MSF in staat en bereid is om zich uit te spreken, maar dat niet zeker is óf zij zich uitsprekt. Ze houdt een slag om de arm. Met de toevoeging in 1995 van *témoignage* als principe, is enkel de aanwezigheid op zich en de eventuele interne rapportage een zaak van getuigenis afleggen geworden. Maar het publiekelijk uiten van beschuldigingen is eerder uitzonderlijk (DeChaine 2002; Redfield 2013).

De Access Campagne valt officieel onder het hoofdstuk *témoignage*. Het financiële jaarrapport 2004 noemt het 'educatief' aan de sociale missie die MSF zich stelt om te getuigen en zo: "(...) mobilize of

²³ De groei van een internationale en later mondiale civil society heeft plaatsgevonden dankzij de geboden ruimte binnen politieke overlegstructuren en medianetwerken. In 1900 zijn er bijvoorbeeld 200 transnationale NGO's, waaronder het Rode Kruis. In 1990 zijn het er 6000, waaronder MSF. Het aantal groeit tot 26000 (in 2000) en 66000 (in 2013). (Van Seters & James 2014: xxiv).

²⁴ De Stichting Samenwerkende Hulporganisaties of 'Giro 555' in Nederland en Consortium 12-12 in België.

²⁵ Zie ook paragraaf 4.3 over de continuering van de samenwerking met Oxfam rond access.

the international community and by issuing information publicly in order to inform, put pressure on responsible actors and stimulate action.” (Bron: MSF-Internationaal).

Over de balanceeract die MSF moet opvoeren om als humanitaire organisatie uit de politieke sfeer te blijven, terwijl ze anderzijds invloed wil uitoefenen, breken alle wetenschappers die over de organisatie schrijven zich het hoofd. MSF is met haar access-pleidooi in een ander stramien gekomen; van politieke lobby, een juridisch steekspel en bureaucratie, echter zonder dat zij een politieke actor wil zijn. De mondiale onrechtvaardigheid rond toegang tot hiv/aids medicatie benoemt ze in “particularly stark terms of life and death” en dat heeft MSF volgens Redfield (2012:162-163) in het kamp van oppositionele politiek en humanitair activisme gebracht. De vraag die hij probeert te beantwoorden, is of MSF door het begrip humanitaire crisis op te rekken, door initiatieven zoals de Access Campagne en DNDi, pleitbezorger is geworden van een universeel mensenrecht op gezondheidszorg? In een eerder artikel concludeert Redfield (2008:131), dat het MSF niet om rechten *op zichzelf* gaat, maar om de *concrete gevaren* die zij signaleert voor de gezondheid en waardigheid van mensen. De principes die ze er op nahoudt zijn moreel geladen en vanuit die ‘morele economie’ vindt ze dat niet alleen een winst oogmerk de beschikbaarheid van medicatie en vaccins mag bepalen. DeChaine (2002) ziet *témoignage* eenvoudigweg als een manier om verandering te veroorzaken. De manier waarop MSF dat doet, via morele verontwaardiging en het proces van bewustwording waar zij haar omgeving in onderdompelt, kan volgens hem niet anders opgevat worden dan als principiële politieke actie. Schultheis Moore (2013) concludeert dat MSF haar eigen verantwoordelijkheid als medisch en moreel ziet, terwijl ze de politiek aanjaagt om haar (uiteindelijke) verantwoordelijkheid te nemen. Afhankelijk van de context van de crisis richt MSF de pijlen dan op uiteenlopende actoren. De balanceer-act tussen morele plicht en politieke daad in de literatuur over MSF levert vooralsnog geen winnaar op. Maar wat belangrijk is, is dat het inzetten van de morele kaart het publiek mobiliseert.

De humanitaire boodschap

De afdeling communicatie van elke MSF sectie grossiert in persberichten, *webadvertorials*, advertenties, tv-reclameblokjes, rapporten, webdossiers en ‘verhalen van de frontlinie.’ Persberichten moeten kwesties op het juiste moment onder de aandacht brengen en krijgen een paar dagen of een week later opvolging in een nieuw persbericht. Rapporten staven de urgentie van ingrijpen of beleidsverandering en verschijnen op een politiek relevant moment. Het Nederlandse tv publiek ziet deze zomer ‘onze’ Nederlandse arts Erna die op een schip op de Middellandse zee namens ‘onze’ Nederlandse Artsen Zonder Grenzen bootvluchtelingen medische zorg biedt. Ze heeft in het filmpje geen modieus kapsel en geen make up, oogt ouder dan ze in werkelijkheid zal zijn en ze kijkt nogal zorgelijk. Maar de zee ligt er zonoevergoten bij en *bodybags* ontbreken. Zo ontstaat toch een hoopvol beeld.

Publicaties van MSF brengen in tekst en beeld een oneindig lange reeks (burger)oorlogen, rampen en epidemieën onder de aandacht. De geschiedenis van de organisatie doet daardoor gefragmenteerd aan, als een ongelofelijk grote hoeveelheid aan individuele cases: landen, conflicten, ziektes. De enige constante lijkt te zijn, dat er *een noodzaak* is om handelend op te treden: door MSF, door donateurs, door overheden, door farmaceuten, door de WHO et cetera. In zijn analyse van de communicatie van MSF ruimt DeChaine (2002:354) een centrale plek in voor wat hij “the powerful ethos of the social imaginary” noemt. De organisatie geeft haar boodschap volgens hem vorm met de intentie om een mondiale gemeenschap te verenigen rond haar missie: individuen, overheden, NGO’s en internationale instituties (id.). De geloofwaardigheid draait deels om het scheppen van een beeld van helden (de MSF vrijwilligers) versus boosdoeners, met slachtoffers ergens in het voorportaal van wat DeChaine (2002: 362) ‘een choreografie’ noemt. Lidmaatschap van MSF steunt dan op “(...) a constructed landscape of collected aspirations (...)” (Appadurai 1990, geciteerd in DeChaine 2002: 366).

Deze boodschap van ‘goed’ en ‘kwaad’ herhaalt MSF in vrijwel elke publicatie. In onderstaand citaat waarmee Redfield (2008:135) het scheppen van een morele ruimte illustreert, komt de tegenstelling waarvan de Access Campagne gebruik maakt goed tot uiting:

“This inequality is incompatible with the concept of humanity. Fighting the fact that millions of lives are considered of less value than a fistful of dollars, is about preserving the basic morals of human civilization for the future.” (‘t Hoen geciteerd in *MSF 2003 Access: Three years on*, Access News, 8 February 2003).

Die morele visie op de waarde van menselijk leven is wat volgens Redfield (2008) de leden van MSF met elkaar delen, hoe verschillend zij de afzonderlijke basisbeginselen ook mogen toepassen en interpreteren. En die visie, of althans de gevoelens die de communicatie over de activiteiten teweegbrengt, is het die buiten de beweging wordt gedeeld.

4. Ontwikkeling van het access beleid tussen 1971-2015

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beantwoord ik de empirische deelvragen. Ik beschrijf en analyseer MSF in relatie tot haar omgeving, met de visie van MSF op de eigen organisatie en op het beleid rond toegang tot geneesmiddelen in relatie tot dat van anderen als vertrekpunt: (inter)gouvernementele organisaties, overheden, producenten en nieuwe actoren. Kern van het primaire bronmateriaal bestaat uit publicaties van (voormalig) management van MSF-Frankrijk. Hierdoor krijgt ‘het Franse geluid’ onevenredig veel gewicht. Gezien de relatieve autonomie van en controverses tussen de verschillende secties (Siméant 2005; Redfield 2013) contrasteert dit ogenschijnlijk met de ambitie om een omvattend beeld ‘van MSF’ te geven. De invloed vanuit de Franse sectie op de ontwikkeling van het beleid, bijvoorbeeld voor de agendering van access en van verwaarloosde tropische ziektes, was en is echter groot (Redfield 2008, 20012). Ook hebben oud-presidenten van de Franse sectie die ik veelvuldig aanhaal, Rony Brauman en Jean-Hervé Bradol, invloed op de MSF-beweging gehouden (Orbinski 2009). In interviews heb ik deze invloed bevestigd gekregen. Dat rechtvaardigt naar mijn mening de keuze om juist dit materiaal centraal te stellen. Daarnaast gebruik ik openbare (web)publicaties en persberichten. Deze laten zien hoe de organisatie zichzelf in het veld positioneert en hoe zij haar denkbeelden publiekelijk presenteert.

Het begin van het access beleid plaats ik in 1971, direct bij de oprichting. Vanuit haar missie is MSF zorgverlener in het veld en een organisatie die zich in het openbaar roert over de mondiale gezondheidszorg. Om deze rollen van professional en expert te kunnen vervullen ontwikkelt ze het gereedschap dat het werk in de praktijk mogelijk maakt en de kennis genereert waarmee uitspraken geloofwaardigheid krijgen. Het zijn stuk voor stuk innovaties waarmee de organisatie zich onderscheidt (paragraaf 4.2.). In paragraaf 4.3 beschrijf en analyseer ik hoe MSF in de praktijk handelt, hoe dat relaties met andere actoren in het veld beïnvloedt en welke overwegingen er spelen. Dit relateer ik ter verduidelijking en aanvulling aan interviewfragmenten. In paragraaf 4.4 staan de visies van informanten op de positie en rol van MSF centraal. Ondanks de verschillende signatuur van mijn informanten, blijkt hierover veel overeenstemming te bestaan. Tot slot (4.5) koppel ik de gegevens die ik in dit en het vorige hoofdstuk verzameld heb terug naar de empirische deelvragen die ik eerder heb gesteld, als prelude op de conclusie in hoofdstuk 5.

Door de hele route, vanaf 1971 tot nu, af te leggen, wil ik dat wat bijzaak en wat vanzelfsprekend lijkt kritisch bekijken. Ik zoek naar veelzeggende argumentatie, naar overeenkomsten en inconsistenties, naar gebruik van strategische mechanismen en naar wat wel en wat expliciet niet vermeld wordt. Op die manier (re)construeer ik een beeld van het strategisch handelen.

4.2. Innovaties

Logistiek

Zodra MSF niet meer onder de vlag van andere organisaties werkt, moet ze zelf systemen opzetten. Slechts gedeeltelijk kan ze daarvoor varen op de ervaring van de vluchtelingenhulporganisatie UNHCR, Oxfam en het Rode Kruis. Tussen 1979 en 1985 schrijft MSF behandelprotocollen en procedures, ontwikkelt ze een administratief systeem, een radiocommunicatienetwerk, een autopark, een bevoorradingsmodus, mobiele medicijnunits en introduceert ze een rudimentaire scheiding van medische en ondersteunende functies. Dat alles wordt in de praktijk getoetst. Een volgende stap, in 1986, is het, naar voorbeeld van UNICEF, opzetten van een aparte logistieke organisatie: MSF-Logistique. Doel van MSF is om in praktisch opzicht honderd procent onafhankelijk te worden van derden (Bradol & Vidal 2011).

Epidemiologie

In 1987 neemt de organisatie een volgende stap: ze zet een eigen epidemiologisch systeem op - Epicentre. Volgens Bradol en Vidal wordt dit zorgvuldig voorbereid in het hoofdkwartier. Er worden trainingen gevolgd in Amerika, er wordt een structuur bedacht en Epicentre wordt ondergebracht in een zelfstandige Franse NGO, die tot op de dag van vandaag bestuurd wordt door management van MSF-Frankrijk. Als voordeel van deze constructie of “organische relatie” (id: 41) met MSF wordt gezegd, dat Epicentre zo doorlopend gevoed wordt met data vanuit het veld en gegarandeerde financiering krijgt, van MSF. Epicentre is: “(...) an internal organization and yet a distinct entity.” (id.). Daarmee breekt MSF met de gewoonte om onderzoekscentra strikt af te scheiden en op afstand te plaatsen, zodat er geen twijfel kan rijzen over belangenverstrengeling en datamanipulatie.²⁶

Epicentre is een relatief onbekende kant van MSF, maar de oprichting van dit statistische onderzoeksinstituut lijkt in retrospectief cruciaal voor de verdere ontwikkeling. Het belang ligt al in de naam besloten; een epicentrum is in overdrachtelijke zin het middelpunt van handeling. De rol van Epicentre is het in kaart brengen van vluchtelingenstromen en (de kans op) epidemieën; en het verzamelen en interpreteren van data over de verspreiding en het verloop van ziektes. Een tweede aspect van het werk van Epicentre is de verwerking van data over de effectiviteit van behandelmethodes; en het uitvoeren van vergelijkende klinische proeven in het veld naar alternatieve methodes (biomedisch onderzoek). Het belang voor de praktische werking van MSF zelf is evident. Dankzij Epicentre (en eerder Logistique) wordt de kwaliteit van de missies verbeterd.

²⁶ In 2002 zet MSF ook een eigen “independent Ethical Review Board (ERB)” op waar alle secties verplicht het onderzoek dat ze in het veld willen doen voorleggen. (Shanks 2010:30). Reden is: “Review boards either did not exist, or were not sufficiently independent_in many of the countries in which MSF was working. MSF’s obligation to protect vulnerable populations extended to research subjects, and academic ERBs might not have the same understanding of the vulnerability and equity issues in MSF settings.” (id.:31, cursivering NF).

Biomedisch onderzoek

Met behulp van Epicentre doet MSF sinds 1988 onderzoek naar diagnostiek en behandelmethodiek van o.a. meningitis, malaria, trypanosomiasis en ondervoeding.²⁷ MSF ontwikkelt echter zelf geen nieuwe vaccins in het laboratorium, maar concentreert zich op het experimenteren met de aanpassing van bestaande vaccins en methodes. Doel is om te onderzoeken of vereenvoudigde en verbeterde behandelingen mogelijk zijn. Daarnaast worden alternatieve behandelingen getest. Omdat MSF toegang heeft tot grote groepen patiënten, kan zij klinische proeven in het veld doen op een manier die aan wetenschappelijke standaarden beantwoordt.

Aanleiding om Epicentre op te richten is volgens Bradol en Vidal, dat ze in het veld officiële richtlijnen moet volgen waar ze zich niet in kan vinden. Waar ze voorheen botst op behandelprotocollen en richtlijnen van derden, kan MSF dankzij Epicentre haar keuzes nu baseren op eigen gegevens. Het openbaar maken van onderzoeksmethoden en resultaten bevestigt vervolgens de wetenschappelijke status en is nodig om alternatieve voorstellen geaccepteerd te krijgen. Naast mondelinge voordrachten tijdens symposia gebruikt MSF daarvoor voornamelijk het in de medische wereld toonaangevende Britse (online) tijdschrift *The Lancet*. Dit kan na enige tijd leiden tot nieuwe protocollen en richtlijnen; de literatuur geeft daarvan meerdere voorbeelden. MSF is, concludeer ik, daardoor niet zoals voorheen enkel *uitvoerder* van beleid dat door anderen wordt vastgesteld, maar kan *richting* geven aan het eigen beleid en zelfs aan dat van anderen. Dit overstijgt het directe belang voor de praktische werking van de organisatie en wijst op een veranderde positionering in het veld.

Agendering van de distributie van essentiële medicatie

Pas een decennium later neemt MSF een volgende stap, met de oprichting van wat zij de “tweede generatie van satellieten“ (id.:24) noemt. Aanleiding is de brede constatering rond 1996 dat er minder vaccins en medicijnen beschikbaar zijn. Deels is dat volgens MSF een gevolg van afnemende effectiviteit (resistentie), zonder dat vervangende middelen worden ontwikkeld; deels het gevolg van het stoppen van productie vanwege geringe opbrengsten. Deels ligt het aan een hoge kostprijs van nieuwe vaccins of aan te ingewikkelde behandelprotocollen; deels aan de nadruk die meer op preventie dan op behandeling ligt (id.:34). Feit is, dat de behoefte het aanbod in landen waar MSF werkt in toenemende mate overstijgt. Een onderzoeksgroep van MSF-Frankrijk concludeert dat om aan het aanbod iets te veranderen juridische kennis en mobilisatie van de publieke opinie nodig is. ‘Het management’²⁸ besluit vervolgens om de Access Campagne te lanceren, dat ingevuld zal worden

²⁷ Recentelijk ook ebola, in een breed gedragen onderzoek naar vaccins. Bron:

[http://www.epicentre.msf.org/en/ebola-vaccine-efficacy-trial-ready-to-launch-in-guinea\(geraadpleegd 6 november 2015\)](http://www.epicentre.msf.org/en/ebola-vaccine-efficacy-trial-ready-to-launch-in-guinea(geraadpleegd 6 november 2015)).

²⁸ Het is – vaak - niet duidelijk hoe besluitvorming bij MSF verloopt. Het management van MSF-Frankrijk heeft in de beslissing om de Access Campagne te beginnen in ieder geval veel invloed gehad (Redfield 2008, 2012).

met een team van juristen, farmaceuten, dokters, beleidsexperts en mediastrategen. Het krijgt niet de status van een zelfstandige NGO, maar valt onder MSF-Internationaal en wordt op de website beschreven als ‘een project.’ MSF wil de campagne concludeer ik graag dicht bij zich houden. Eerdere ervaring met het samenwerken in campagnes van anderen, zoals de WHO en overheden, die het beleid bepaalden, zou er reden voor kunnen zijn (Magone et al. 2011:214). Door mediacampagnes, lobbywerk en juridische procedures zal de Access Campagne de ontwikkeling en het aanbod van diagnostiek, vaccins en medicijnen in ontwikkelingslanden agenderen en proberen om ‘barrières te slechten.’

De lancering vindt plaats tijdens de uitreiking van de Nobelprijs aan MSF, eind 1999. Het is een uitgelezen moment vanwege de wereldwijde aandacht en het prestigieuze gehalte van het evenement. De aansluiting bij de collectieve actie die al jaren gevoerd wordt rond toegang tot hiv-medicatie, geeft de Access Campagne daarna vleugels. Deze relatie bepaalt tot op de dag van vandaag de beeldvorming. Wat echter opvalt, is dat hiv/aids een bijrol vervult in zowel de Nobelprijs acceptatie speech²⁹, als in het bronmateriaal.

Ontwikkeling van medicijnen

De agendering van toegang tot essentiële medicatie voor lage inkomenslanden krijgt in 2003 vervolg met de oprichting van het Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi). De voorbereiding duurt twee jaar en financiering van deze ‘niet winstgerichte medicijnproducent’ (Orbinski 2009) is aanvankelijk moeizaam. Het wordt opgezet als een aparte NGO, door een coalitie van MSF met vier publieke, mondiaal verspreide onderzoeksinstituten en het ministerie van gezondheid van Maleisië. Het Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases van de WHO is permanent waarnemer bij bestuursvergaderingen en draagt inhoudelijk bij tijdens wetenschappelijk overleg (Ioset & Chang 2011). Initiatiefnemer en directeur tot op heden is Bernard Pécoul, die eerder binnen MSF als arts, medeoprichter van Epicentre, directeur van MSF-Frankrijk en van de Access Campagne werkt.³⁰ DNDi heeft allereerst R&D doelstellingen voor een beperkt aantal verwaarloosde tropische ziektes. Daarnaast wil het een *advocacy* rol vervullen en wil het de capaciteit in gebieden waar bepaalde ziektes endemisch zijn versterken, via laboratoria, klinieken, infrastructuur, onderzoekstraining. (Bron: website DNDi). DNDi is de katalysator en coördinator, die prioriteiten stelt, partijen bij elkaar brengt en besluit over financiering. Aanvankelijk wordt al het onderzoek versnipperd uitgevoerd, in samenwerking met een groot aantal over de wereld verspreide

²⁹ In de toespraak van Orbinski komt het woord aids slechts een keer voor.

Bron: <http://www.msfacecess.org/content/nobel-prize-acceptance-speech> (geraadpleegd 6 november 2015)

³⁰ MSF zit als enige hulporganisatie in het toezichthoudende bestuur en in de wetenschappelijke adviesraad, naast leden van wetenschappelijke en publieke gezondheidszorginstituten, van filantropische organisaties, oud medewerkers van de WHO en van farmaceutische bedrijven. Bron: website DNDi (geraadpleegd 6 november 2015).

biotechnologische en universiteitscentra. Maar met commerciële bedrijven zoals Sanofi-Aventis en Pfizer sluit DNDi al in 2004 overeenkomsten. (Bron: website DNDi).

In 2008 stapt DNDi over op een ander, gecentraliseerd model, dat snellere besluitvorming, geconcentreerde activiteit en verhoogde kostenefficiëntie moet opleveren (Ioset & Chang 2011).³¹ DNDi richt dan drie consortia op rond drie verwaarloosde ziektes; elk consortium werkt in een zogenaamde *product-development partnership* met farmaceutische en biotechnologische bedrijven. Deze stellen hun bibliotheken met chemische componenten en moleculen open voor het onderzoek naar alternatieve of nieuwe behandelingen. Elke ziekte heeft een R&D portfolio waarbinnen mogelijkheden worden gescreend, geselecteerd en getest. DNDi slaat stel ik vast hetzelfde pad in als Epicentre. In plaats van echt nieuwe middelen ‘te ontdekken’ is het gericht op het (her)ontdekken van nieuwe combinaties waarmee ‘nieuwe’ medicijnen met een betere werking beschikbaar komen. Het verklaart de term ‘quasi ontwikkelaar’ die Bradol en Vidal voor MSF gebruiken. Hoewel DNDi concrete doelen stelt en daadwerkelijk nieuwe behandelingen lanceert, wil het vooral ook agenderen. Orbinski (2009:14), betrokken bij de voorbereiding, zegt dit: “We acted not to assume responsibility for the problem but to practically demonstrate that effective change and just alternatives are possible.”

De lijst van partners die de website van DNDi in 2015 vermeldt is lang en indrukwekkend: (nationale) onderzoeksinstituten, universiteiten, publiek private partnerships, ziekenhuizen, NGO’s, ministeries, en veel farmaceuten en biotechnische bedrijven. Als voordelen van samenwerking voor farmaceutische bedrijven noemt DNDi een bij verantwoord ondernemen behorende verbetering van het bedrijfsimago. Voor biotechnische bedrijven komt daar een financiële prikkel bij, namelijk mogelijke R&D beurzen van de Bill & Melinda Gates Foundation en de Wellcome Trust. De Gates Foundation is volgens de website met afstand de grootste private donateur van DNDI. Sinds 2007 is een bedrag van 125 miljoen dollar toegekend, steeds geoormerkt voor specifieke ziektes.³² De bijdrage van MSF-Internationaal reikt sinds 2003 tot 69 miljoen dollar. Bijdragen van publieke institutionele donateurs zijn, op die van het Verenigd Koninkrijk na, daarmee vergeleken relatief laag.

4.3. Het beleid in de praktijk: conflict, samenwerking en collectieve actie

Het beleid van MSF reflecteert op de relaties die de organisatie heeft met anderen. Het beeld dat uit het primaire bronmateriaal naar voren komt, is dat MSF inderdaad een sterke hang naar zelfstandigheid heeft; naar het zelf bepalen wat zij wel of niet doet, op grond van haar eigen maatstaven en haar eigen ervaring in het veld. Bovendien is ze uitgesproken over wat anderen volgens haar moeten doen. Het zorgt ervoor dat de geschiedenis van MSF ook te lezen is als een lange reeks

³¹ Ioset is “discovery manager” en werkt sinds 2005 bij DNDi. (website DNDi, geraadpleegd 6 november 2015).

³² Voor alle bijdragen zie <http://www.dndi.org/donors/donors.html> (geraadpleegd 6 november 2015).

van conflicten met andere actoren. Ook lijkt er geen sprake te zijn van eenduidig optreden, van vaste partners of tegenstanders. De specifieke context bepaalt of MSF in een situatie van samenwerking, tegenstand of collectieve actie belandt. In de woorden van Marie-Pierre Allié, tot voor kort president van de Franse sectie, kiest MSF partners uit op grond van wat ze ermee kan bereiken, zonder gevoel voor loyaliteit (Magone et al. 2011:10). De confrontatie aangaan en pragmatisme gaan hand in hand.

Relatie met (inter)gouvernementele actoren

MSF struikelt voortdurend over officiële richtlijnen – de reden die de organisatie geeft voor de oprichting van Epicentre. Veel van die meningsverschillen heeft ze met de WHO, die als coördinerend toezichthouder een centrale rol in het veld heeft en in het verlegde daarvan met nationale ethische comités.³³ De context waarin dit gebeurt, is dat MSF haast heeft. Het zijn de jaren waarin westerse bedrijven hun aandacht verleggen naar meer lucratieve en voor westerse landen actuele thema's. Terwijl ziektes resistentie ontwikkelen tegen bestaande middelen, raken oude voorraden op. Dat er geen alternatieve middelen in de testfase komen noemt MSF “vooral een gebrek aan politieke wil” (Bradol & Vidal 2011:133). MSF gaat met behulp van Epicentre zelf aan de slag en test nieuwe combinaties uit in het veld.³⁴ Terwijl de WHO MSF verwijt de medische ethiek met voeten te treden (id.:148), vindt MSF dat het doel de middelen heiligt. Het hele decennium van de jaren negentig verwijt ze de WHO “tegenwerking, scepsis, mismanagement en sloomheid” (id.169). Onderzoek van MSF wordt door de WHO als niet wetenschappelijk afgewezen en bestanddelen voor medicatie waarmee MSF wil experimenteren worden niet vrijgegeven. In het geval van malaria weigert de WHO jarenlang om een alternatief Chinees middel (ACT) te accepteren. Later wordt bekend dat de Verenigde Staten vanuit economische en politieke motieven toelating heeft verboden (id.:163 noot).

Ook de houding van MSF ten aanzien van de autonomie van staten is wezenlijk anders dan die van de WHO. Die houdt het bij aanbevelingen, maar MSF oefent druk uit. Vooral de Franse sectie schroomt niet om overheden te schofferen en om de WHO, UNICEF of het World Food Program in scherpe bewoordingen en publiekelijk te veroordelen wanneer het beleid dat zij voorstelt niet wordt opgevolgd. Zij schermt daarbij met de term “ethische plicht” en benadrukt dat er mensen sterven die gered kunnen worden (c.f. id.:67, 68, 70, 76, 77). Het *framen* van sterfte als iets dat te voorkomen is, is een sterk middel om de ander in diskrediet te brengen (Brauman 2012:53). Als in 2005 het World Food Program het oncollegiaal noemt om meningsverschillen zo uit te vechten en voorstelt om mediabeleid samen af te stemmen is het antwoord: “(. . .) that public controversy had achieved better results than meetings with aid organizations” (Bradol & Vidal 2011:79).

³³ De WHO stelt o.a. richtlijnen en behandelprotocollen op die landen en organisaties geacht worden te volgen. Soms beheert en distribueert ze ook medicamenten. Voorstellen van MSF vinden na enige tijd steeds gehoor.

³⁴ Een van de voorbeelden in het bronmateriaal, is de vroegtijdige stopzetting van een experimentele behandeling tegen slaapziekte in Uganda in 2001, vanwege het hoge aantal sterfgevallen (Bradol & Vidal 2011:147).

Ondanks de vele conflicten, zijn er ook voorbeelden van soepele samenwerking. De WHO betreft MSF bijvoorbeeld eind jaren negentig bij de rond afzonderlijke ziektes opgezette internationale coördinatiegroepen (ICG). Daarin stemmen de WHO, UNICEF, het Rode Kruis en MSF sindsdien samen voorraadbeheer, distributie en honorering van aanvragen voor campagnes af, met input van Epicentre, grote farmaceutische bedrijven (GSK, Sanofi-Pasteur) en grote donateurs. Over dit samenwerkingsmodel, waarmee MSF van dokter in het veld evalueert naar adviseur van het beleid, naast de WHO (id.:125), is het bronmateriaal alleen maar positief.

In het interview dat ik met de voormalige directeur van de WHO heb komt de problematische relatie die de literatuur schetst uitgebreid aan bod. Hij treedt in 1985 bij de WHO in dienst in een staffunctie op essentiële medicatie en vervult veel later, tussen 2004 en 2011, directiefuncties. In zijn optiek liggen beide organisaties dicht bij elkaar en is er overeenstemming in doelstellingen. Alleen heeft de WHO te maken met politieke tegenkrachten en daardoor kan ze niet alles of niet snel genoeg zaken realiseren. De veelvuldige kritiek van MSF op de WHO, die ik hem voorleg, is daarop gericht zegt hij en zelfs vaak van tevoren onderling afgesproken. Die politieke tegenkracht is in bepaalde periodes sterk. Hij noemt de periode onder directeur-generaal Nagajima (1989-1999) die sterke banden met de farmaceutische industrie en met de Verenigde Staten onderhoudt. Met die tegenkracht hebben de WHO-stafleden en MSF dan allebei te maken:

“MSF heeft ook een sterke positie gehad over patenten bijvoorbeeld en over research. Maar er zijn dan bepaalde lidstaten, Amerika maar ook de Europese Unie, Engeland, die het daar gewoon niet mee eens zijn, die daar tegenin gaan en die binnen de WHO natuurlijk ook een zekere macht hebben.” (09:34).

Voor hem is MSF van meet af aan een gewaardeerde samenwerkingspartner. Hij noemt het “een heel goéd contact” en spreekt over “verdeling van het werk” en “andere verantwoordelijkheden.” Want de WHO stelt de standaarden op en schrijft protocollen, maar vaart op praktijk- en veldinformatie van anderen, zoals MSF: “(. . .) en op grond daarvan maakten wij dan gezamenlijk de internationale normen.” (04:45). Niet alleen spreekt hij over het samen tot normen komen, maar zelfs van “een gezamenlijke agenda” wat betreft het access beleid. Samen trekken de organisaties op in het WHO-VN programma waarin de inspectie van generieke producenten geregeld is. Voor dit programma, gestart in 2001, “(...) heeft MSF ook altijd erg (voor) gevochten en ons daarbij gesteund.” Als enige jaren later fraude met generieke Indiase hiv-medicatie wordt ontdekt, vraagt de WHO aan MSF om niet tegen te werken, maar te helpen om een einde te maken aan die praktijk:

“Dus in plaats dat zij ons aanvielen met een ‘jullie zitten stiekem in de zak van de grootindustrie,’ hebben ze ons toen geholpen om daar weer doorheen te komen. Maar dat was van tevoren afgesproken.” (14:25).

Relatie van MSF met de farmaceutische industrie

Hoewel wat betreft de relatie met de industrie allereerst de gedachte uitgaat naar een strijd die zich rond ‘patenten of patiënten’ afspeelt, zijn de primaire bronnen die ik heb gebruikt minder uitgesproken. Deels komt dat, doordat een groot gedeelte van de geschiedenis van MSF zich voor de eeuwwisseling afspeelt. De eerste twee decennia van haar bestaan is MSF afnemer van vaccins en zijn verwaarloosde ziektes of toegang tot medicatie nog geen thema’s. Als eind jaren tachtig het besef doordringt dat de ontwikkeling van geneesmiddelen stil ligt plaatst MSF dat in het kader van kosten en baten. Maar de toon ten aanzien van farmaceuten is niet onverzettelijk en een aanklacht komt in het bronmateriaal nergens naar voren. De bijval in dit citaat uit 1987 is echter uitzonderlijk:

“Research is a long and costly process that only pharmaceutical companies can afford, and the pharmaceutical industrialisation of the third world is no panacea” (Magone et al. 2011:203).

Afkomstig van Liberté Sans Frontières, de denktank die uit MSF-Frankrijk voortkomt³⁵ en maar vijf jaar zal bestaan (1984-1989), wordt het geponeerd met een bijbedoeling. De als ‘rechts’ bekendstaande organisatie neemt zo afstand van de WHO, dat in die jaren ontwikkeling van onderop voorstaat.³⁶ Ook de eigen bijdrage in de gezondheidszorg die tijdens de Bamako Conferentie (1987) onder druk van het Internationale Monetair Fonds en de Wereldbank wordt ingevoerd en tot uitsluiting zal leiden, gaat zonder protest langs MSF heen. Decennia van economische deregulering, stimulering van internationale handel en competitie, een publieke sfeer die ruim baan maakt voor private invloed en vrije marktwerking dienen zich aan (Quak, Heilbron & Meijer, publicatie volgt). Het leidt bijvoorbeeld tot de oprichting van de Wereldhandelsorganisatie (WTO) in 1995 en de TRIPS overeenkomst, die langdurige bescherming van patenten garandeert. Op de systeemverandering die gaande is reageert MSF pas eind jaren negentig, als van de ziekte aids een vliegwielerwerking uitgaat, die alle posities op scherp zet.

Collectieve actie rond hiv/aids

De organisatiegraad rond hiv/aids is van meet af aan hoog. Al begin jaren tachtig ontstaan er belangengroeperingen rond de ziekte in de grote steden van de Verenigde Staten. Er vangt een strijd aan die door Bradol en Vidal (2011:180) politiek wordt genoemd. Vanaf 1987 treden groepen zoals ACT UP en AIDS Action Now naar buiten met acties tijdens internationale medische conferenties en door een politieke lobby te voeren. MSF krijgt van patiëntenorganisaties en wetenschappers

³⁵ Oprichters zijn Rony Brauman, op dat moment president van MSF-Frankrijk (1982-1994) en later president van MSF- Internationaal, en Claude Malhuret, oud-president van MSF-Frankrijk (1978-1980).

³⁶ De opvattingen van het Franse management worden niet breed gedeeld door medewerkers en andere secties. (Magone et al. 2011: 203). Voor de richtingstrijd in de jaren zeventig en tachtig rond *third-worldism* of *tiers mondisme* zie Davey (2011, 2014).

herhaaldelijk de vraag of zij zich voor hiv/aids in wil zetten, maar alle verzoeken wijst ze af (id.:182). Intern speelt een controverse. Medewerkers in het veld worden al sinds jaren met de ziekte, die epidemische vormen aanneemt, en met het ontbreken van een effectieve behandelmethode geconfronteerd en zijn sterk betrokken. Maar de directies van de afzonderlijke secties zijn het onderling oneens. Bradol en Vidal spreken over “politieke onverschilligheid” bij de Franse sectie (id.) en MSF zoekt zelfs geen aansluiting bij wat een collectieve strijd is geworden als begin jaren negentig experimentele en dure ARV-medicatie in omloop komt. MSF wil haar handen niet aan de ziekte en aan de kosten die er mee gepaard gaan branden. Pas wanneer in 1996 generieke productie via het publieke Braziliaanse onderzoeksinstituut Oswaldo Cruz Foundation op gang komt, besluit MSF om haar klinieken in Zuid-Afrika illegaal te gaan bevoorraden.

Met de advocacy directeur die jarenlang het gezicht en geluid is geweest van de Campagne spreek ik over die begintijd. Hoe kan het dat MSF zo laat aanhaakt en die ongelijkheid laat voortduren? En wat heeft de doorslag gegeven? Zij vertelt dat het management operationele prioriteiten moet wijzigen vanwege de druk van dokters in het veld. MSF kan daardoor niet langer wachten met de aanschaf van geneesmiddelen, maar medicatie kost op dat moment 10.000 dollar per patiënt per jaar. De Campagne start ze om de prijs omlaag te brengen. Tegelijkertijd worden “hele vernieuwende en ambitieuze ARV-treatment projecten opgestart, in landen zoals Zuid-Afrika waar het allemaal vreselijk controversieel was.” (07:32). Anderen, zoals UNAIDS en de WHO, lopen daar nog op achter: “Het was allemaal preventie, preventie, preventie. Er was helemáál geen aandacht voor treatment.” (14:51).

De Access Campagne is een nieuw instrument van MSF om beleid te beïnvloeden. Orbinski (2009: 357) noemt het een voorbeeld van “(...) pragmatic action to provoke change.“ De collectieve strijd bereikt een hoogtepunt in de rechtszaak die veertig farmaceutische bedrijven vanaf 1998 tegen de staat Zuid-Afrika voeren om de distributie van generieke medicatie te stoppen. De Verenigde Staten en de Europese Unie steunen aanvankelijk die claim van de bedrijven door handelsbeperkingen in te stellen, terwijl MSF met andere NGO's zich aan de kant van de Zuid-Afrikaanse activisten en de staat scharen. Maar dan laat de industrie in 2001 de zaak vallen.

Volgens het bronmateriaal is dat vooral te danken aan de publieke opinie die effectief is beïnvloedt ('t Hoen 2009; Orbinski 2009). Het succes vindt echter plaats in een specifieke context. In 1999, als MSF de Campagne start, zijn wereldwijd al negentien miljoen mensen aan aids gestorven en drie-en-dertig miljoen mensen besmet (Orbinski 2009:352). De omvang en de effecten veroorzaken volgens Brauman (2012:60) de angst dat er grote economische en politieke instabiliteit zal ontstaan. In de Verenigde Staten is er tegelijkertijd de dreiging van antrax aanslagen. Dat de handelsconferentie in Doha die eind 2001 plaatsvindt het belang van publieke gezondheid boven commercieel belang stelt en daarmee een breuk met het patentenrecht accepteert, zou met zowel aids als antrax te maken hebben

gehad. Bradol en Vidal (2011) maken het beeld compleet met verwijzingen naar de onderhandelingen die sinds 2000 tussen landen en farmaceuten plaatsvinden. Er moet een aanpassing van het TRIPS verdrag komen, omdat het gevaar bestaat dat als generieke productie niet wordt toegestaan, het hele systeem van intellectueel eigendomsrecht wordt aangetast (id.: 194). Met de uitzonderingspositie die voor essentiële medicatie in Doha wordt bereikt, is het conflict echter niet voorbij. Langdurige rechtszaken van de farmaceutische industrie om generieke productie aan banden te leggen of om patenten geregistreerd te krijgen blijven terugkeren en spelen tot de dag van vandaag.

Access Campagne als instrument in politieke actie

Orbinski (2009:357) beschrijft het standpunt van MSF in 1999 als “(. . .) not anti-globalization, anti-free market nor anti-patent, (but) we strongly protested the official EU trade position.” Dat komt overeen met een vroeg persbericht van de Access Campagne van 30 november 1999:

“MSF is not questioning the importance of patents in stimulating research and development, but rather is insisting that a balance be founded between protecting intellectual property and assuring individuals’ access to medicines” (website MSF-USA).

MSF en de Access Campagne streven kortom naar een uitzonderingspositie voor arme landen. Generieke productie is een mogelijkheid, maar ook zijn er juridische wegen die westerse landen zelf gebruiken als het hun eigen belang van veiligheid of gezondheid betreft, bijvoorbeeld in het geval van sars (Orbinski 2009; ’t Hoen 2009).³⁷ De strijd wordt dan ook voornamelijk met lobbywerk, *naming en shaming* in de media en juridische middelen gevoerd. Maar evengoed met de klassieke instrumenten van een sociale beweging, zoals petitie en demonstraties. Orbinski noemt het geheel van de gebundelde krachten een “global civil society movement” (id.:370): “(. . .) a coalition of diverse groups had acted in solidarity against injustice and collectively challenged existing arrangements of power among elites, opponents and authorities” (id.:373).

De invloed die ervan uit gaat reikt volgens Orbinski tot de oprichting in 2001 van het Global Fund door de Verenigde Naties en brengt ook de WHO in beweging, terwijl de Wereldhandelsorganisatie naar eigen zeggen nog de juiste balans moet vinden (id.: 371). Dan al schrijft *The Lancet*: “MSF and organizations like it are leading the global health policy process that the WHO is essentially following” (id.:370).

³⁷ ’t Hoen (2009) beschrijft het gebruiken van de juridische mogelijkheden *compulsory licensing* en *parallel importation* vanaf de jaren zestig door de overheden van de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk en noemt de juridische strijd die met name Pfizer hiertegen voert.

Afstemming als vorm van samenwerking

Voor de Access Campagne zijn in de beginjaren de Zuid-Afrikaanse Treatment Action Campaign en de NGO's Health Action International, Consumers International en Oxfam belangrijk. Samen organiseren ze conferenties en voeren een gezamenlijke lobby. Gebrek aan toegang wordt naar de WHO toe als marktfalen *geframed* en gezondheid als publiek goed (c.f. MSF-Access Campagne, 29 april 2003). Maar alleen in Orbinski (2009) spelen andere NGO's een rol en is er sprake van collegialiteit. Magone, Neuman en Weissman (2011:230-231) noemen Oxfam slechts één keer, in een negatieve context. Zowel Brauman als Bradol en Vidal noemen Oxfam alleen in relatie tot hiv/aids.³⁸

Met de meeste informanten spreek ik over het begin van de Access Campagne en het vervolg van de strijd rond hiv/aids. Het staflid van Oxfam werkt sinds medio jaren negentig als hiv-specialist bij de organisatie. Zij corrigeert me nadrukkelijk als ik het woord 'samenwerking' noem: ik moet het zien als 'afstemming' en dat is volgens haar "the way NGO's work together" (03:00). Oxfam haakt pas in 2001 aan. Dan gaat ze bij de Access Campagne in Genève op bezoek met de intentie: "(...) that we would like to be collaborating rather than stepping on their toes, or taking the space or anything." (02:00). De samenwerking bestaat er uit, zo interpreteer ik het, dat beide organisaties naast elkaar het werk kunnen doen. De competitieve 'ieder voor zich' mentaliteit, volgens Siméant (2005) kenmerkend voor hulporganisaties, moet even niet in de weg zitten.

Sindsdien is er volgens deze informant wel sprake van een "upward improvement." Het gaat vooral om het delen van informatie, het met MSF en andere NGO's aanschrijven van stakeholders en advocacy rond bepaalde kwesties. Samen leveren ze bijvoorbeeld kritiek op GAVI (2011) en spreken zich uit over de TIPP onderhandelingen (2014). Ook stellen MSF en Oxfam in 2012 een doorwrocht rapport samen over toegang tot vaccins: 'The right shot.' Oxfam heeft echter geen geld om mee te betalen aan een vervolg erop en daarom brengt MSF dat rapport in 2015 alleen uit. Deze informant, maar ook de voormalige WHO-directeur en de medeoprichter van DNDi benadrukken het belang van persoonlijke contacten voor samenwerking of afstemming, meer dan van officieel beleid. Terwijl er sinds 1999 veel initiatieven rond access zijn opgericht opereren ze op zich onafhankelijk naast elkaar en doen volgens de medeoprichter van DNDi "(. . .) allemaal wat zij denken dat gedaan moet worden." (12:09).

³⁸ Ook de Access to Medicines Index wordt nergens genoemd. Het lid van de Raad van Toezicht zegt over MSF: "(...) in eerste instantie waren ze er erg tegen want zij zeiden ja, jullie zijn alleen maar een spreekbuis van de industrie. Maar recentelijk zijn ze (...) dichter erbij want we hebben als Index ook gewoon tegen MSF gezegd "zeg maar hoe het beter kan!" We staan ópen voor elke suggestie om beter te meten." (26:25).

Framing en onderhandeling

Persberichten van de Access Campagne uit de begintijd³⁹ herhalen steeds één boodschap: *'Stop people from dying.'* Deze doden worden tegenover het eigenbelang van G8 landen geplaatst, die vaccins onbetaalbaar houden. Kopregels zijn bijvoorbeeld: *'MSF Calls On Davos Leaders To Stop People Dying of Market Failure - Business CEO'S & Politicians Must Take Action To Restart R&D'* (27 januari 2000); *'G8 must stop putting self-interest before lives of millions'* (31 mei 2003).⁴⁰

De boodschap en toon van de persberichten zijn tien jaar later onveranderd, maar meer dan voorheen worden farmaceutische bedrijven met naam en toenaam genoemd. Afgaande op de persberichten heeft MSF met sommige farmaceutische bedrijven door de jaren heen een betere relatie opgebouwd dan met andere (Bron: MSF-USA⁴¹). Positieve berichten stuurt MSF de wereld in over Sanofi-Aventis en de vaccindonaties van Bayer worden publiekelijk gewaardeerd. Persberichten over andere grote bedrijven (GSK, BMS, Pfizer, Merck) zijn er naar aanleiding van conflicten of bevatten waarschuwingen en kritiek. Het biotechnische bedrijf Crucell wordt consequent verweten een te hoge prijs te berekenen voor vaccins. Die kritiek valt meer bedrijven ten deel. *'Torenhoge vaccinprijzen stellen arme landen voor verschrikkelijke keuzes,'* zo luidt de kop van een willekeurig persbericht van 20 januari 2015 dat zich tegen het bedrijf Pfizer richt (Bron: MSF-Nederland). Het momentum, aan de vooravond van een internationale vaccinatietop, is goed gekozen. Tegelijkertijd publiceert de Access Campagne haar kritische rapport *'The Right Shot: Bringing Down Barriers to Affordable and Adapted Vaccines.'*

Het interview met de beleidsadviseur van de Access Campagne levert een blik achter de schermen op. Dan pas wordt mij duidelijk hoe goed praktijk en agendering ineen grijpen. De directie en het management zetelen in Genève, maar het team van hooguit dertig medewerkers is over de hele wereld gestationeerd, van India tot Zuid-Afrika, China en Parijs. Het verbindt ze direct aan operationele kwesties die regionaal of op het werkterrein van een sectie spelen; in het geval van Parijs gaat het bijvoorbeeld om Franstalig Afrika. Het werk is "disease and topic specific." Ze vertelt dat de opdracht tweeledig is:

"(...) our mandate is to serve MSF operations, you know that they can do their job as best as is possible with the most affordable and appropriate tools in the field, as well as I would say

³⁹ De website van de Access Campagne bevat ruim vierhonderd persberichten, maar vanwege de hoge frequentie van publiceren (soms vijf per dag), moet dat een fractie van het totaal zijn. De periode 1999-2001 telt nog dertig persberichten. Bron: www.msfacecess.org/about-us/media-room/press-releases (geraadpleegd 6 november 2015).

⁴⁰ De toonzetting lijkt weinig veranderd. Het persbericht van 11 juni 2015 kopt "Millions of people rely on affordable medicines from India to stay alive." Bron: www.msfacecess.org/about-us/media-room/press-releases (geraadpleegd 6 november 2015).

⁴¹ MSF-USA heeft een zoekfunctie waarop persberichten over individuele bedrijven kunnen worden nagezocht. Zie bijvoorbeeld. <http://www.doctorswithoutborders.org/search/site/Pfizer> (geraadpleegd 6 november 2015).

the mandate that is focused on more sustainable solutions (...) that they benefit other actors and countries themselves as well, Ministries in Health. This is a balancing act.” (07:10).

Voor MSF Operations onderhandelt ze met de farmaceutische industrie over prijzen van (nieuwe) vaccins die de organisatie in het veld concreet nodig heeft. Soms realiseert ze alleen een donatie voor MSF en geen prijsverlaging. Voor een “duurzame oplossing voor het mondiale veld” oefent ze dan pressie uit, bijvoorbeeld op de WHO om de monitoring van prijzen in evaluaties opgenomen te krijgen. (11:18). In dit geval noemt ze het “strategic” om er geen ruchtbaarheid aan te geven, zodat de uitkomst als “a collective decision” kan worden gepresenteerd, terwijl: “MSF had to really be the thorn in the decisionmakers side.” (12:41). Het is een voorbeeld van “silent advocacy” dat de Campagne ook gebruikt, naast zwaardere middelen:

“(But) when you see that there are certain interests that you know are blocking visions (...) then our organization and the management very much supports it saying that as forcefully and publicly as needed.” (14:48).

Hoewel we vijftien jaar verder zijn, is de kern van het werk van de Access Campagne ongewijzigd gebleven, al betreft het nu veel meer ziektes dan alleen hiv/aids. Ook in het interview met de voormalige advocacy directeur komt de pragmatische insteek duidelijk naar voren. Vanzelfsprekend in het motief om de Campagne op te starten – prijsverlaging bereiken voor de eigen klinieken. Maar ook vergeleken met meer radicale organisaties:

“Sommige organisaties zeiden nee (...) dat TRIPS verdrag dat moet gewoon van tafel, geen patenten op geneesmiddelen! Nou dat is op zich een bewonderenswaardige positie (lacht). Alleen de politieke realiteit vraagt wel om een assessment of dit wel een goede strategie is, als je doelstelling is: we moeten mensen behandelen. (...) En dat is waar MSF zich altijd iets anders in positioneert. Omdat toch de vraag is: met welke strategie gaan wij betere geneesmiddelen tegen lage prijzen krijgen? Heel praktisch. En dat is natuurlijk wel heel erg gedreven door de noodzaak die bestaat in het veld.” (48:18).

Bij zowel de huidige beleidsadviseur van de Access Campagne, als bij de voormalige advocacy directeur is “negotiation” daarom een centraal begrip. De laatste zegt:

“Het is ook mijn ervaring dat je heel goed de ene dag heel kritisch kan zijn maar ook dáárdoor juist vaak rond de tafel kunt gaan zitten om te zeggen héé, is er hier een way out? De Medicines Patents Pool voor hiv-drugs is ook voortgekomen uit onderhandelingen, gesprekken (...) waarbij een aantal farmaceuten zeiden: ‘ja god, als zoiets zou bestaan dan zouden we daar denk ik wel aan mee willen werken.’ Nou, dan heb je iets waar je mee verder kunt.” (45:17). “Het is dus niet ideologisch. Het is een belang met een hele praktische ‘is this going to deliver or not?’” (47:20).

De ervaring van de directeur Pharma is anders. Hij noemt voorbeelden waarin MSF ten opzichte van in zijn ogen “progressieve programma’s” die door de industrie worden geïnitieerd⁴² een negatieve insteek hanteert. Het is een opstelling die hij niet echt begrijpt. Ook herhaalt hij enige malen dat MSF “het hard speelt”, niet open staat voor “een werkelijk debat” en op die manier niet constructief meewerkt aan “(...) wat de beste manier is om uiteindelijk te bereiken wat iedereen wil bereiken: zoveel mogelijk access.” (09:45).

Hij spreekt kortom over een gedeeld doel. Maar over ‘affordability,’ (de prijs van vaccins en medicijnen) en over het systeem waarmee de industrie heeft leren werken (‘differential pricing’ of ‘tiered pricing’), blijven de standpunten uiteen lopen:

“(...) het blijft natuurlijk een farmaceutische industrie met een stockmarket en in een bepaald business model, hoge high risks investeringen en dan zoeken naar return on investments. Maar er is zeker - en ik denk dat dit voor de meeste bedrijven geldt - ook een interesse, een focus en de nood wordt aangevoeld, om toch ook dingen op een andere manier te bekijken. Zeker om bepaalde landen of bepaalde regio’s op een andere manier te bekijken.”(19:03).

Daar komt bij dat de industrie in zijn ogen door MSF té eenzijdig benaderd wordt, namelijk als de partij die ‘het op moet lossen’, hetzij via donaties, hetzij via prijsverlagingen. De scherpte en vooral de retoriek die MSF gebruikt belemmeren vindt hij “het debat” en daarmee het tot stand brengen van duurzame oplossingen. Tijdens het interview wijst hij meerdere keren op de “sterke ideologische onderbouwing” die “jammer” is omdat hij MSF wel “een belangrijke partner” vindt. Maar als ik hem een uitspraak van Bill Gates voorleg over het afschrikwekkende effect van ‘de industrie bashen’ is zijn reactie laconiek: “Ik kan alleen voor mezelf spreken, ik denk dat bashen, dat hoort er een beetje bij, dat is ieder zijn rol.”(13:33).

Samenwerking met de farmaceutische industrie

De scherpe tegenstelling tussen de toegang tot geneesmiddelen beweging waar MSF de afgelopen vijftien jaar in deelneemt enerzijds en de farmaceutische industrie anderzijds, concentreert zich op juridische aspecten en op prijsstelling. Desondanks is MSF ook in deze periode gewoon een betalende klant en werkt ze actief met de industrie samen om nieuwe middelen getest, geregistreerd en op de markt te krijgen. Dat doet ze bijvoorbeeld in 2001 met het grootste bedrijf in de sector, GSK. Dat heeft een leidende rol in de op dat moment felle juridische strijd tegen generieke productie, maar neemt met MSF ook deel aan meerdere internationale coördinatie groepen. Deze samenwerking, waarmee een uitbraak van meningitis snel kan worden aangepakt, oogst in Bradol en Vidal (2011) enkel lof.

⁴² Een recent voorbeeld dat hij noemt is een Hepatitis C programma van het bedrijf Gilead, uitgevoerd door generieke producenten in ruim negentig landen.

Actueel is de brede samenwerking rond ebola. De rol van MSF in het signaleren, agenderen en bestrijden van de recente uitbraak is groot. In augustus 2014 valt het besluit dat MSF klinische testen naar een experimentele behandeling en een vaccin uit zal voeren in haar klinieken. Dat gebeurt samen met de WHO, nationale gezondheidsinstellingen van de getroffen landen, westerse universitaire onderzoekscentra, farmaceutische (GSK, Merck) en biotechnologische bedrijven (Chimerix).

Ebola zet MSF voluit op de kaart. Een artikel in het gespecialiseerde tijdschrift *Nature* van 4 juni 2015 rept van “new prominence” en zet het belang van MSF af tegen het opzichtige falen van de WHO, dat als vrijwel onoplosbaar en nog net niet onhoudbaar wordt gezien. De hernieuwde status van fakkeldrager blijkt ook uit de uitnodiging om in mei 2015, voor het eerst, het Gates Foundation Global Partner Forum toe te spreken. De president van MSF-Internationaal kapittelt bij die gelegenheid de prioritering van financiers, zoals de Gates foundation en refereert aan de beperkte capaciteit en kennis over epidemieën van de WHO. Maar ook toont ze zich voorstander van de (inter)gouvernementele structuur waarin MSF zelf volwassen en groot is geworden, met de uitspraak “WHO is and should remain the leader in global health.” (Bron: MSF-USA, 7 mei 2015).

Relatie met nieuwe actoren

Terwijl de een na de andere publiek private samenwerking tussen grote bedrijven, financiers en de WHO vanaf eind jaren negentig als nieuwe formule in de strijd tegen ziektes wordt gelanceerd, besteedt het bronmateriaal hier vrijwel geen aandacht aan.⁴³ 't Hoen (2009) heeft in haar tijdsbalk enkel de lancering van het Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (2002) opgenomen. Aanvankelijk speelt MSF wel degelijk een rol, bijvoorbeeld rond slaapziekte in 2001. Maar sinds de lancering van DNDi in 2003 neemt ze aan deze constructie geen deel meer en is enkel logistiek betrokken. Het samengaan van uiteenlopende belangen - de betrokkenheid bij access van MSF, naast zorgen die bedrijven om hun imago hebben, noemen Bradol en Vidal in retrospectief uniek. Tegelijkertijd heet het uitdagen van de industrie en ermee samenwerken ‘ambigue’ (id.:145).

De medeoprichter van DNDi, later tevens lid van de Raad van Toezicht, legt me het verschil in een interview nog eens uit:

‘MMV⁴⁴ en de TB Alliance en een aantal van die anderen, hebben besloten om binnen het systeem een niche te creëren (...). Wat er gebeurt is dat publiek geld wordt gegeven aan de private partner, die de regels van het spel bepaalt. En eventueel wordt er dan een deal gemaakt: voor de allerarmsten zullen we het beschikbaar stellen voor een lage prijs, maar wij

⁴³ In recente casestudies van wetenschappers die MSF volgen (Redfield 2013; Fox 2014) komt de Gates foundation incidenteel voor en ontbreekt GAVI.

⁴⁴ Medicines for Malaria Venture, in 1999 opgericht met geld van de Wereldbank, de Rockefeller Foundation en de regeringen van Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk en Nederland.

doen dat wat we willen voor de rijken. Maar uiteindelijk is het allemaal betaald met publiek geld. Ik ben daarin misschien een beetje fundamentalist, maar ik denk (...) wat wij met overheidsgeld betalen als het gaat over geneesmiddelen, moet beschikbaar zijn voor iedereen, voor een betaalbare prijs. En ik vind niet dat het de rol is van overheidsgeld om de winstmarges van de privésector op te krikken.” (...) “DNDi heeft een veel radicaler ideologische basis: het is een publieke verantwoordelijkheid en er is geen rol voor intellectuele eigendomsrechten, geen monopolies. We willen niet dat de winsten die er gemaakt worden met de verkoop van geneesmiddelen in het Noorden gebruikt worden om (het Zuiden) te financieren“ (29:00).

DNDi wil in haar woorden “de omgeving veranderen”; niet alleen geneesmiddelen ontwikkelen, maar ook ‘policy advocacy’ plegen, omdat ‘we want to show that another world is possible’.” MSF richt DNDi bewust samen met publieke onderzoeksinstituten en de WHO op, omdat ze onderzoek en ontwikkeling van medicatie voor verwaarloosde ziektes als een publieke verantwoordelijkheid beschouwt. Haar positie als NGO biedt kortom niet de juiste legitimiteit. De financiering moet om die reden ook gediversifieerd zijn. Ook is statutair vastgelegd dat geen enkele donor meer dan vijftwintig of dertig procent van het totale budget mag uitmaken. Dat laatste moet voorkomen dat de controle over het beleid door sponsors wordt overgenomen. Ik vraag haar daarop naar de grote inbreng van de Gates foundation. Die is inmiddels een grote sponsor, maar is aanvankelijk bewust niet aangetrokken:

“(...) omdat we niet een instrument van de Gates Foundation (wilden) zijn. Ook omdat er toen toch het gevoel was dat we niet op dezelfde golflengte zaten wat betreft strategie en analyse van het probleem en dergelijke (...) ik denk zeker de eerste vijf jaren (is) DNDI echt niet ingegaan op mogelijkheden om geld te krijgen van de Gates Foundation.” (15:19).

De Gates Foundation als voetnoot

In Bradol en Vidal komt de Gates foundation twee keer voor. Een keer als voetnoot, in relatie tot een donatie aan de WHO. De andere keer vanwege de aankondiging tijdens een belangrijke aidsconferentie in 2000 van “een 100 miljoen dollar grote donatie van ‘de farmaceutische reus’ Merck en de Gates foundation“ (Bradol & Vidal 2011:187). Door de woordkeuze wordt het belang ervan tot een incident en worden de duur en betekenis van de betrokkenheid in twijfel getrokken. Maar vooral brengt MSF zichzelf voor het voetlicht:

*“The hype surrounding these philanthropic actions masked the essential fact that even the least expensive triple therapies, available through UNAIDS, were nevertheless still very costly (between \$800 and \$1,000). Information obtained from the pharmaceutical industry, and confirmed by a WHO expert, prompted MSF to publish the report *HIV/AIDS Medicines**

Pricing (Perez-Casas, 2000), which showed that it would be possible to reduce the cost to under \$200 per patient per year.” (id.:187, cursivering NF).

Brauman (2012:58) vermeldt de Gates foundation eveneens alleen in financieel verband, als grootste van “(...) a small number of foundations with much bigger budgets than those of national governments.” Maar ook hij relateert direct het belang ervan door de vergelijking met de Rockefeller foundation te maken, die vanaf de jaren 1920 de strijd tegen epidemische ziekten steunt. Verderop verwijst hij weer naar de omvang van het jaarlijkse budget, dat “groter is dan dat van de WHO” en legt een interessante relatie met het belang dat Gates als software-ondernemer heeft bij de instandhouding van het patentenrecht en dat van zijn filantropische werk.

“(...) the question of intellectual property, i.e. drugs, is expressed in terms that are difficult to reconcile with the demands of public health. The pharmaceutical and software industries, in fact, have a shared strategy for defending and extending the protection of the patents on their products but also, since the WTO agreements that came into effect in 1995, on their manufacturing processes.” (id.).

GAVI, het in 2000 mede door Bill Gates opgerichte publiek-private samenwerkingsverband dat rechtstreeks met overheden van lage inkomenslanden werkt om de neergang in vaccinatie te keren, wordt nergens vermeld in het bronmateriaal. Als het aantal persberichten dat GAVI als onderwerp heeft een indicatie mag zijn, is het initiatief wel belangrijk voor MSF. ‘*GAVI money welcome but could it be more wisely spent?*’ meldt de kop van een persbericht van MSF-Internationaal (14 juni 2011). Daarin levert ze kritiek op waar GAVI geld aan uit geeft en op de afspraken die met westerse farmaceuten worden gemaakt. Volgens MSF is de prijs die GAVI per dosis aan de industrie betaalt te hoog en zouden Indiase farmaceuten veel goedkoper kunnen leveren, als GAVI marktwerking toe zou laten. Kritiek is er verder op het *Advanced Market Commitment* (AMC) model, dat volgens MSF miljoenen aan overheidssubsidies van westerse landen naar de farmaceuten sluist, bovenop de gemaakte afspraak per dosis. GSK noemt dit een “innovative financing mechanism”, maar MSF “(...) corporate welfare that is scandalously expensive to donors and taxpayers.” (Bron: MSF-Internationaal, 14 juni 2011).

Twee jaar later wordt kritiek gecombineerd met complimenten: “(...) There’s never been more money or energy behind the effort (. . .) and GAVI and Gates and others deserve a great deal of credit for the work they’ve done” (MSF-USA, najaar 2013). MSF heeft moeite om bepaalde vaccins te kopen en doet een dringend beroep om óók tegen de binnen GAVI bedongen prijs voor lage inkomenslanden vaccins geleverd te krijgen. De concurrerende prijzen van Indiase fabrikanten worden niet meer genoemd. Bill Gates zelf heeft niet veel op met de kritiek op de afspraken die hij met de farmaceutische industrie maakt:

“We get a great price for these things, which is tiered pricing, which in all cases would be about a 50th of what the US price for these things would be. And that’s how we manage to cut childhood death in half, not by saying to pharma companies, ‘hey, you better not do poor world medicines because we’ll come and attack you.’” (*The Guardian*, 27 januari 2015).

Informanten reageren over het algemeen ontwijkend wanneer ik vraag naar de relatie tussen MSF en nieuwe actoren, zoals de Gates foundation en GAVI. Met de stafmedewerker van het Ministerie van Buitenlandse Zaken is dat eenvoudiger. Zij heeft enige jaren GAVI en ‘product development partnerships’ in het takenpakket. Nederland omarmt GAVI al snel en zet rijkelijk hoog in - ze spreekt over een bijdrage van 200 miljoen voor de periode 2011-2015. Dát Nederland enthousiast is komt volgens de stafmedewerker omdat “(...) vaccinatie toch wel een van de meest kostenefficiënte interventies (is) op de langere termijn” en “die resultaten die GAVI presenteert, die zijn natuurlijk enorm.” Het is kortom verantwoord en goed besteed “(...) en dat wil het Nederlands publiek natuurlijk.” (26:46). Hieruit blijkt het belang van resultaten voor het legitimeren van de besteding van publieke middelen. De kritiek van MSF op GAVI sluit hoegenaamd niet aan bij de beleidsvisie van Nederland. In de optiek van de stafmedewerker is MSF gericht op de korte termijn en het gaat Nederland er om dat niet NGO’s, maar landen zélf de verantwoordelijkheid en leiding nemen. GAVI is daar een manier voor: “Zelf heb ik er wel vertrouwen in dat GAVI het belang inziet van zo laag mogelijke prijzen en de hele sustainability en transitie leidt.” (15:10).⁴⁵

4.4. Informanten over de positie en rol van MSF

Onderbouwing van de positie

Uit de interviews met externe experts komt MSF naar voren als een sterke en gerespecteerde partij. De combinatie van praktijkervaring en kennis vanuit het medische veldwerk, met agendering via specifieke projecten en programma’s, lijkt een succesformule te zijn. De argumentatie is verschillend, maar het oordeel unaniem. De directeur Pharma noemt de agenderende rol van MSF rond betaalbaarheid van vaccins en medicatie, waarover de meningen nu juist diametraal tegenover die van de industrie staan: “(...) het is belangrijk dat zij dat in de discussie houden, ik denk dat iedereen daar baat bij heeft. (09:45). Ook prijst hij MSF als “*global organization*, goed georganiseerd, zeer sterk *on the ground*” (26:25).

⁴⁵ Dit interview weerspiegelt naar mijn mening het huidige beleid, dat niet gericht is op hulp bieden, maar op versterking van eigen kracht. In die optiek heeft het internationale systeem waarin hulp- en ontwikkelingsorganisaties als intermediairs beleid uitvoeren zijn langste tijd gehad. Die beleidsvisie komt tot uitdrukking in recente bezuinigingen, zie *de Volkskrant*, 5 augustus 2015.

De stafmedewerker van het Ministerie van Buitenlandse Zaken memoreert de inventiviteit van MSF-Frankrijk, dat eind jaren negentig een voucher systeem opzet waarmee gratis zorg wordt versterkt, als “vrij progressief in die tijd” (05:32). Dergelijke initiatieven schieten de voormalige directeur van de WHO ook meteen te binnen. Hij noemt als eerste het onderzoek en de publicatie van prijsverschillen tussen farmaceutische aanbieders in 2002, dat echt een verandering veroorzaakt doordat het transparantie creëert. Ook noemt hij de projecten die vanuit MSF, door oud-medewerkers, tot stand komen, zoals, DNDi, de Medicines Patent Pool, de huidige inzet voor een Research Treaty en de Access Campagne. Het onderscheidt MSF in positieve zin van anderen, want “noodhulp kan het Rode Kruis ook doen, kan UNICEF ook doen. Maar ik vind MSF veel creatiever in het bedenken van lange termijn oplossingen.” (27:54) Het maakt MSF “veel wetenschappelijker dan die andere noodhulporganisaties.” En dat draagt in sterke mate bij aan de geloofwaardigheid:

“(…) het is niet dom lobbyen. Ze lobbyen met informatie. Vaak brengen zij vroég bewijsmateriaal, (…) wat later door grote studies bevestigd wordt. Hun progressieve manier van indicatieve informatie verzamelen, daar zijn ze heel sterk in. Dat doen zij beter dan bijna iedereen.” (38:46).

Het belang van de kruisbestuiving tussen agendering en praktijkkennis staat ook voor interne experts buiten kijf. Het is bewust beleid. Juist door het veldwerk kan MSF zich kritisch over iedereen uitlaten, recent zelfs over de G7 vanwege de aanpak van ebola. De beleidsadviseur van de Access Campagne:

“MSF is in a very privileged spot to say that, because the global community respects MSF because MSF is doing a lot of work, very concrete, hard, work (nadruk). And a lot of organizations are not in that kind of position, they don’t have the field operations and the patience and the health outcomes to be able to substantiate their ideas. But you know the ideas of MSF are coming from a medical base.” (14:48).

De *témoignage* en communicatiespecialist beaamt het:

“The Access Campaign, of course it's engaged and geared towards influencing policy on multidrug-resistant tuberculosis, for instance, or vaccines. The credibility of the Access Campaign needs to, at some point, be linked back with MSF operations. Otherwise, the Access Campaign becomes just another group of lobbyists that talk about the Tuberculosis Alliance or the plenty of groups in countries around the world that lobby around access to medicines or different things.” (06:00).

Naast legitimiteit is ook zuiverheid een punt van continue aandacht. De beleidsadviseur van de Access Campagne refereert aan de aandacht die wordt besteed aan het op orde hebben van de balans tussen overheadkosten en die van het medische werk: dat verwachten de donateurs. Communicatieafdelingen zijn dagelijks bezig de juiste boodschap uit te zenden die past bij het profiel: niet overdrijven, geen

onwaarheden vertellen, geen Marco Borsato inzetten als ambassadeur, geen campagnes voeren met uitgemergelde kinderen en de belofte dat een donatie van vijf euro dit leven zal redden. Ook speelt de publieke opinie door in beleidsbeslissingen. Hulp aan bootvluchtelingen wordt vijf jaar lang besproken en uitgesteld vanwege de negatieve gevoelens onder “mogelijk de halve Nederlandse bevolking.”

MSF als strategisch actor

Alle informanten noemen strijd, duwen, *pushen* noodzakelijk. De algemene tendens wordt verwoord door de voormalige *advocacy* directeur van de Access Campagne die zegt: “Als er geen druk is, dan is het *business as usual*.” (50:35). Zelfs de directeur Pharma onderkent “(. . .) dat zeker de Access Campaigners een hele hoop dingen in stroomversnelling hebben gebracht. Absoluut. Ook voor landen die klassiek het industriemodel benaderden.” (16:32). Het staflid van Oxfam heeft de collectieve strijd over toegang tot hiv-medicatie rond 2000 zelf meegemaakt. Zij is zeer stellig over het effect van “battling with pharma” en raakt enigszins geagiteerd als ik naar het nut ervan vraag:

“(...) it was the reason why 10 million people are on HIV treatment! What got that is the huge public campaign, which was run by NGO’s and people living with HIV, that they got the media interested and shamed the companies, basically. Of course it works!” (14:00).

Vanuit zijn positie als lid van de Raad van Toezicht van de Access to Medicines foundation, die de Index publiceert, reflecteert de voormalige WHO-directeur op de verhoudingen in het veld. De WHO, MSF, de Index hebben wat hem betreft allemaal een eigen rol. Wat de een niet kan, kan de ander wel en zo vullen ze elkaar aan in een gezamenlijk doel om betere toegang tot geneesmiddelen dichterbij te brengen. Over MSF spreekt hij dan consequent als “actievoerders” of “activisten”: “De actievoerders geven vaak aan wat er moet gebeuren en de Index meet óf het überhaupt gebeurt.” (22:05). De rol van MSF is dus nadrukkelijk beperkt. Verandering moet van anderen komen, zij levert enkel de aanzet of alternatieven. Zoals de *témoignage* en communicatie specialist zegt: “We are not a solution to anything or the first line provider. We are there because something else is not working.” (34:06). Daarom zijn media uitingen “in general critical” maar bieden ook context aan de buitenwereld, door duidelijk te maken wat het probleem is en wat er in dit specifieke geval van een andere partij (overheden, farmaceuten, intergouvernementele organisaties, et cetera) verwacht wordt.

Politiek of niet?

Wat precies politiek is aan MSF, daarover verschillen de meningen. De directeur Pharma en de medeoprichter van DNDi noemen de tegenstelling tussen MSF en industrie “ideologisch.” Laatstgenoemde brengt als enige ook “het kapitalistische systeem” te berde. De voormalige directeur van de WHO maakt onderscheid tussen het veldwerk en het “activisme” en schetst het als een ontwikkeling van de organisatie door de jaren heen:

“(…) dus terwijl ze natuurlijk als noodhulporganisatie absoluut hun sporen verdiend hebben, via de wederopbouwfase zijn ze bij het politiek activisme gekomen (…) dat is gewoon internationale politiek of *global health*, hoe je het wilt noemen.” (27:54).

De *témoignage* en communicatie specialist denkt daar anders over: “Anyone that tells you that doing humanitarian work is a non-political endeavour, is lying to themselves and to you.” (41:00). De voormalige *advocacy* directeur tot slot noemt de Access Campagne “best een beetje een vreemde eend in de bijt.” (36:04). Dat is zo in haar optiek, omdat MSF wel een “politieke *drive*” heeft en een visie vanuit humanitaire principes, maar een campagne of politieke *advocacy* organisatie is het niet. De principes maken (dat) “je handelt als je ziet dat er mensen in de penarie zitten.” (37:15). En handelen is iets anders dan lobbyen.

Ondanks het succes dat rond hiv/aids bereikt is, blijft het een unicum. Terwijl, zeggen de voormalige *advocacy* directeur en het staf lid van Oxfam, access niet aids-specifiek is en er geen duurzame oplossing is gekomen voor de toegang tot gepatenteerde geneesmiddelen. Door hen beiden wordt kankermedicatie een urgente kwestie genoemd. Wat MSF daarvan weerhoudt volgens de medewerker van Oxfam, is dat MSF geen kankerpatiënten behandelt. Zonder medische vraag vanuit het veld volgt geen agendering. De medeoprichter van DNDi noemt behandeling van Hepatitis C een wereldwijd probleem met een te hoog prijskaartje. Zij is optimistisch over de toekomst, omdat de onbetaalbaarheid van geneesmiddelen ook in rijke landen speelt, terwijl in R&D veel ontwikkeling zit:

“(het) kan geen kwestie van *charity* zijn, voor de *poorest of the poor*, maar moet een *matter of rights* zijn van iedereen. Of je in een *middle income country* bent of in een *low income country*. En ik denk dat er nu een ongelooflijke mobilisatie is, die veel politieker is, veel minder *charity based*, maar meer naar een systemische verandering drijft.“ (34:05).

Mogelijk een belemmering voor een nieuwe, agenderende rol, is dat alle initiatieven van MSF ontsproten zijn aan het brein van individuen. De creativiteit die de voormalige directeur van de WHO zo waardeert is geen vaststaand gegeven. Het initiatief tot de Access Campagne nemen Bernard Pécoul en Jacques Pinel. De eerste staat ook aan de wieg van Epicentre en richt DNDI op, waar hij nog steeds directeur is. Pécoul is iemand die nog steeds geraadpleegd wordt., omdat zegt de *advocacy* directeur:

“De rol van informele circuits is eigenlijk erg belangrijk in MSF. In de besluitvorming, in het positioneren... dat zijn hele belangrijke circuits en daar spelen vaak individuen een grote rol in... Bradol, Brauman, Pécoul...” (57:12).

De medeoprichter van DNDi bevestigt het belang van deze informele machtsstructuur. Zij noemt ze “(…) de dinosaurs, die nog steeds zeer invloedrijk zijn, of ze al dan niet nog een functie bekleden. Dat zijn ook vrienden voor het leven, omdat men dezelfde waarden deelt en dezelfde *battles*..” (21:34).

4.5. Voorlopige conclusie

Uit de literatuur, documenten, primaire bronnen en interviews vormt zich een consistent beeld van MSF, van wat haar beweegt en hoe ze zich gedraagt. Daarmee kan ik de empirische deelvragen die ik in paragraaf 2.4 heb geformuleerd gaan beantwoorden.

De eerste vraag is, *welke posities MSF achtereenvolgens inneemt en waardoor dit wordt bepaald?* De introductie (paragraaf 1.2) bevat de suggestie, dat MSF een invloedrijke positie en een centrale rol in het veld verwerft met de Access Campagne.

Maar volgen we de route terug aan de hand van het materiaal, dan blijkt MSF haar positie gestaag te hebben opgebouwd. Niet alleen de Access Campagne is in haar geschiedenis een onderscheidend aspect. Direct met haar entrée in 1971, als nieuwkomer, positioneert ze zich doelbewust als alternatief voor het weinig inspirerende en beoedelde Rode Kruis (paragraaf 3.1). Ze komt binnen met elan en bravoure. Van meet af aan is er een diep besef van het belang van beeldvorming in de media en met het *témoignage* principe onderscheidt ze zich. Bovendien beperkt ze zich tot een specifiek gebied, medische noodhulp, waarvoor ze zich vrijwel volledig richt op particuliere donateurs. Ook daarmee bevestigt ze haar profiel van autonomie en integriteit. De ontwikkeling naar een stabiele positie vindt plaats dankzij een gunstige context. In de jaren tachtig zijn er veel conflicten en raken de vluchtelingenkampen overvol. MSF groeit daardoor in die jaren als kool en wordt een mondiale speler (paragraaf 3.2.). Belangrijk in die eerste helft van haar bestaan is kortom het brengen en overtuigend uitdragen van een nieuw geluid, in combinatie met een zekere omvang en armslag.

In de ontwikkeling van het beleid (hoofdstuk 4) bouwt MSF op de medische praktijk in het veld. Dat levert in de jaren tachtig en negentig inspiratie om aan een instrumentarium te bouwen van allerlei innovaties en initiatieven. Er zit een intrinsieke logica in de wijze waarop ze haar actieradius vergroot. Daardoor kan ze snel interveniëren, waar ook ter wereld, op een professionele manier. Met het opstellen van protocollen en richtlijnen verwerft ze zich het begin van een reputatie van expertise. Maar in de jaren negentig bereikt ze een unieke positie, omdat ze behoeften, gebeurtenissen en resultaten in het veld kan vertalen naar data en voorspellingen, naar behandelingen en onderzoek naar geneesmiddelen (paragraaf 4.2). Er is geen andere medische hulporganisatie die dat kan en doet, op die schaal en zo dicht op de praktijk. In deze fase wint ze aan status in het internationale beleidsvormende circuit. Symbolisch daarvoor is de toekenning van de Nobelprijs in 1999. De Access Campagne die dan als onderdeel van MSF van start gaat vormt een begin van “een poging om de omgeving te veranderen”⁴⁶ met andere dan medische instrumenten. Ook hier is de context belangrijk. Zonder uitzicht op betaalbaarheid (generieke productie) zou MSF niet, of pas veel later, toegang tot

⁴⁶ Met ‘omgeving veranderen’ bedoelt Bradol invloed uitoefenen op onderzoek, ontwikkeling en productie van geneesmiddelen (Bradol & Vidal 2011:24).

hiv-medicatie zijn gaan agenderen. Winst zou niet behaald zijn in de vorm van aanpassing van het patentenrecht, zonder dat generieke alternatief en als de economische en politieke reikwijdte van hiv/aids minder groot was geweest. De veldpraktijk blijft kern en alle overige activiteiten (campagnes, *témoignage*, onderzoek, communicatie) zijn ermee verbonden, tot een wederzijdse kruisbestuiving van kennis en expertise. Haar ‘nevenactiviteiten’ krijgen zo de nodige legitimiteit, ze is in de woorden van de voormalige directeur van de WHO “geen domme lobbyist.” Bouwen op haar veldwerk is een constante in het beleid en levert haar, zo blijkt ook uit de interviews (paragraaf 4.4), allerwege respect op. Innovatief, creatief, wetenschappelijk en intelligent zijn kwalificaties die anderen haar toedichten. Ze wordt, niet alleen in het (inter)gouvernementele circuit, maar ook door de farmaceutische industrie en door een nieuwe speler zoals Bill Gates, een partij gevonden die belangrijk genoeg is om op te reageren, te consulteren of, zoals in het geval van DNDi, te sponsoren. De simpelheid van haar boodschap, verwoord in haar handvest, namelijk om vanuit de praktijk, omwille van de patiënt, voor lijden en onrecht te gaan liggen, geeft ze in woord én in daad gestalte, vanuit een ‘*ethic of refusal*’ (Nobelprijs toespraak 1999).

De tweede vraag is ingegeven door het activistische instrument dat de Access Campagne is en de toonzetting van haar *advocacy* werk. Richt MSF zich op fundamentele verandering van ongelijkheid, of toch vooral op het verbeteren van haar eigen positie? Is er sprake van routineus spel, of van een werkelijk ideologische strijd? *Welke doelen en belangen heeft MSF en hoe draagt zij die uit?*

MSF’s ‘*ethic of refusal*’, de weigering om onrecht en leed te accepteren, is een vertaling van medische en humanitaire beginselen en staat in termen van Calhoun (2008) niet in een traditie van liefdadigheid, maar van medemenselijkheid (paragraaf 3.4). De doelen zijn drieledig: hulp bieden, verandering bewerkstelligen en onrecht blootleggen (*témoignage*). MSF neemt een beperkte verantwoordelijkheid. Naast het uitoefenen in de praktijk van een medische rol, richt ze zich erop om *anderen* (de politiek, overlegorganen, farmaceuten) aan te zetten tot actie en verandering. Ze voert een lobby en oefent pressie uit in de politieke sfeer; daarmee heeft ze kenmerken van een sociale beweging organisatie. Toch is dat niet waarmee MSF zich identificeert. Ook streeft ze niet naar een verandering van maatschappelijke verhoudingen of een andere (politieke) wereldorde, een terloopse opmerking over kapitalisme ten spijt. Tekenend voor de organisatie zijn niet alleen haar grote woorden, maar ook haar pragmatisme, en misschien wel vooral haar strategisch inzicht. Dat ze de term ‘beweging’ gebruikt dient de onderlinge betrokkenheid. Civil society beweging, waar Orbinski (2009) naar verwijst, reikt al verder. Het betreft (in de geest) al die (westerse) donateurs en organisaties die dezelfde waarden en doelen delen bij de missie van MSF, echter niet degenen wier belangen het rechtstreeks betreft: de patiënten. *Grassroot* kan de MSF-beweging daarom niet genoemd worden. Haar belangen liggen bij het bewaken van haar positie en reputatie. Dit doet MSF door het lenigen van nood centraal te houden,

door een autonoom, inhoudelijk gedreven standpunt uit te dragen op grond van praktijkkennis en eigen onderzoek en door compromitterende situaties en relaties te vermijden.

Tot slot de vraag *welke betekenis strijd, samenwerking en collectieve actie voor MSF hebben? En welke strategie ze volgt om haar doelen te realiseren?*

De taakopvatting van beperkte verantwoordelijkheid betekent dat MSF zich richt tot andere actoren. In primaire bronnen en documenten (paragraaf 4.3) komt MSF naar voren als een actor die iedereen op de huid zit. Interviews bevestigen dat MSF consequent pressie moet uitoefenen wil er iets veranderen. Het is haar rol en daarmee ook deel van een onderhandeling. Dat blijkt goed uit de interviews over de Access Campagne, toen en nu. Hetzelfde geldt voor samenwerking, een weinig vanzelfsprekende modus voor MSF. MSF houdt anderen op afstand, ook NGO's. Samenwerking krijgt de vorm van afstemming. Samenwerking met 'tegenstanders', zoals farmaceuten, kent vooral een pragmatische insteek en is binnen randvoorwaarden zeer wel mogelijk. Het primaire bronmateriaal (Magone et al. 2011) put zich ook uit in het benadrukken dat alles onderhandeling is. Het benadrukken van de eigen onbetrouwbaarheid versterkt paradoxaal genoeg de reputatie van integriteit: MSF toont dat ze haar eigen keuzes maakt, zich niet laat verleiden door kongsi's. Het enige voorbeeld van collectieve actie in haar geschiedenis is de Access Campagne, rond de eeuwwisseling. Dit vindt plaats in uitzonderlijke, maar kansrijke omstandigheden. Verandering mag doel zijn, collectieve actie is niet haar instrument.

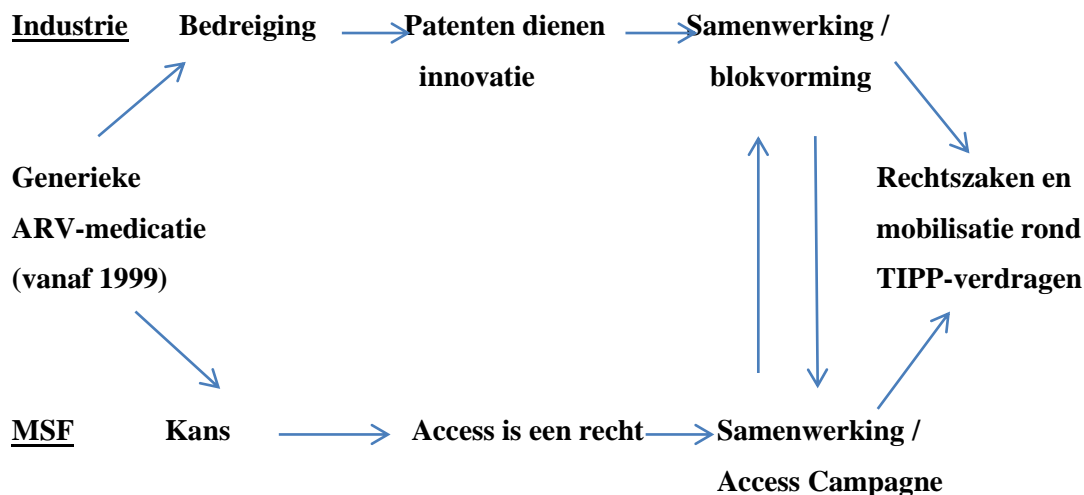
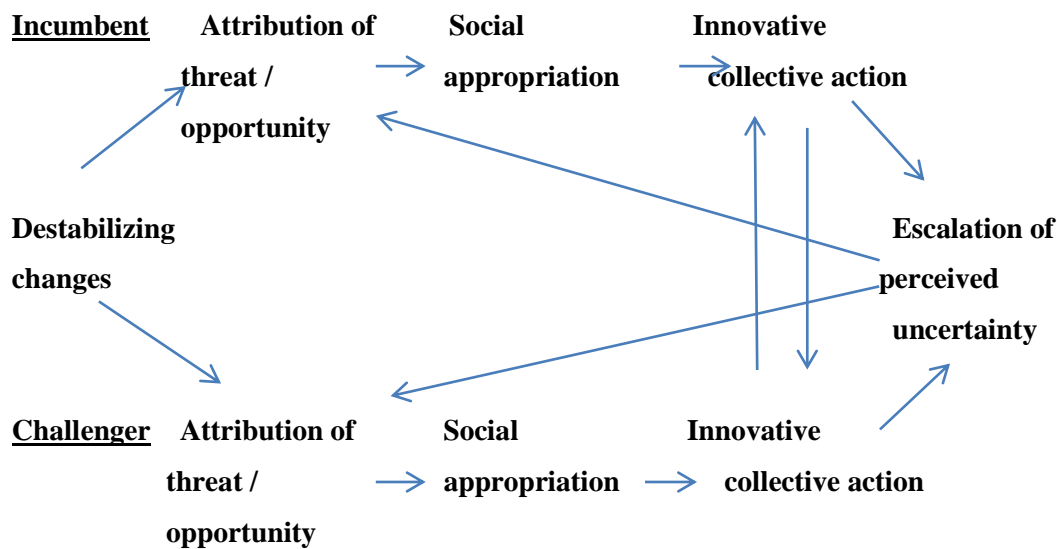
De strategie van MSF laat zich het beste omschrijven als constant prikkelen, agenderen, "een lastpost zijn," zoals de beleidsadviseur van de Campagne het noemt. Innovaties en initiatieven, zoals de Access Campagne en DNDi, zijn serieus bedoeld, maar hebben ook een voorbeeldfunctie. MSF wil er mee duidelijk maken dat er alternatieven zijn. De Access Campagne heeft ook navolging gekregen. Access maakt nu deel uit van het beleid van alle actoren in het veld en veel NGO's zijn *advocacy* projecten begonnen. Op een basaal niveau levert MSF steeds op een strategisch moment kritiek en voegt zich in de cyclus van de internationale besluitvorming vanuit haar gevestigde positie als lobbyist en expert. De boodschap via haar media uitingen heeft een wereldwijd bereik. In haar vocabulaire vergroot ze tegenstellingen uit, "in particularly strong terms" (Redfield 2012:162). Daardoor wint het morele appél aan kracht en bespeelt MSF de beeldvorming van de eigen activiteiten versus dat van 'tegenstanders.' In vierenzeventig jaar is de boodschap ook vrijwel onveranderd. Het medische moralisme van MSF blijkt, getuige de vijf miljoen particuliere donateurs die met de vele (ex)medewerkers 'de achterban' vormen, omwille van honderdduizenden patiënten, onweerstaanbaar. Tegelijkertijd lijkt haar vrije ruimte kleiner door de toename aan gemilitariseerde 'humanitaire interventie' en kan ze haar afhoudende strategie ten aanzien van andere actoren, die juist onderling samenwerking zoeken, minder goed volhouden. Ook dat is een boodschap die uit het materiaal naar voren komt.

Hoofdstuk 5. Conclusie

5.1. Conclusie – het veld

Ondanks dat het een casestudie betreft waarin het handelen van één actor centraal staat, is in dit onderzoek de werking zichtbaar van de Matroesjka metafoor van Fligstein en McAdam (2012). Statelijke actoren, de door hen in het leven geroepen instituties, marktactoren en partijen in het maatschappelijk middenveld vormen sub-velden, die doorlopend in relatie tot elkaar staan rond het gedeelde thema toegang tot geneesmiddelen. Belangen lopen sterk uiteen. Opvallend daarbij is dat coalities dwars door velden heen worden gesloten. Zo vindt de WHO, als centrale actor en toezichthouder, in de jaren tachtig de Wereldbank als nieuwkomer tegenover zich. Waar de WHO als bondgenoten ontwikkelingslanden, hulporganisaties en enige progressieve westerse landen heeft, zitten UNICEF, de Verenigde Staten en charitatieve stichtingen ‘in het kamp’ van de Wereldbank. Een identieke situatie ontstaat eind jaren negentig als het conflict over toegang tot hiv/aids-medicatie hoog oploopt. Het ‘pro access’ kamp bestaat uit niet westerse, generieke farmaceuten en overheden, NGO’s en belangengroeperingen. Daar tegenover staan de westerse farmaceuten, die steun krijgen van hun regeringen en de Wereldhandelsorganisatie. Het ‘pro access’ kamp heeft belang bij een aangepaste wetgeving van het intellectuele eigendomsrecht, zodat medicijnen goedkoop geproduceerd kunnen worden en daarmee beschikbaar komen. Het behoudende ‘pro markt’ kamp wil die wetgeving niet veranderd zien, omdat daarmee financiële en economische schade wordt geleden.

Ook valt de hardnekkigheid van de controverse rond ‘patenten of patiënten’ op. Het is of er wat betreft mondiale gezondheidszorg twee systemen tegenover elkaar staan, in klassieke termen: markt en solidariteit. Waar het ene kamp prijsstelling en patenten in de jaren tachtig en negentig *framed* als een economische noodzaak en generieke medicijnen als piraterij, draagt de ander toegang tot vaccins aan als een humanitair (mensen)recht. Een crisissituatie (hiv/aids), terwijl generieke medicijnen voorhanden zijn, biedt een uitgelezen kans voor het ‘pro access’ kamp. De innovatieve inzet bestaat uit een stevig gevoerde campagne met de karakteristieken van een collectieve actie waarbij *naming* en *shaming* voor zodanige imagoschade van de tegenpartij moet zorgen, dat zij toegeeft. De innovatieve inzet in het ‘pro markt’ kamp bestaat vervolgens uit een brede coalitievorming. Nieuwe actoren - publiek private partnerships, Bill Gates, GAVI - bieden het patentenframe nieuwe legitimiteit, waarmee een systeemverandering uit zicht raakt. Anno 2015 is volharding in standpunten moeilijk vol te houden. Actoren zijn permanent verwickeld in een onderhandeling op basis van (afgedwongen) transparantie en bereidheid tot compromis.



Conclusie - de casus

De casestudie van MSF laat zien dat zij als nieuwkomer evolueert van simpele medische hulpverlener, naar een positie als moreel geweten/toezichthouder, naast de WHO. Haar onderscheidende profiel als ‘lastpost’ en de mondiale reikwijdte en innovaties die haar onnavolgbare expertise geven, zijn daarvoor verantwoordelijk. Het hele idee om MSF op te richten en alles dat daar op volgt, wordt door Brauman (2012) en Bradol en Vidal (2011) als een innovatie opgevat. Zoals het veranderen van de regels rond zwijgen (*témoignage*); het centraal stellen van de geneeskunde in humanitaire hulpverlening; en het niet volgzaam zijn wat betreft de soevereiniteit van staten. Dit zijn allemaal directe reacties op het profiel van het Rode Kruis. Uit deze woorden spreekt bovendien dat kennis en ethiek van het begin af aan instrumenten zijn van publiekelijke profilering “(...) innovation lay in *promoting the profile* of someone who had appropriated a specific kind of knowledge and set of ethics.” (Bradol & Vidal 2011:204, cursief in originele tekst). MSF komt in het bronmateriaal zeer zelfbewust over en het vormgeven en bewaken van haar profiel en reputatie is daarbij essentieel. Ze is

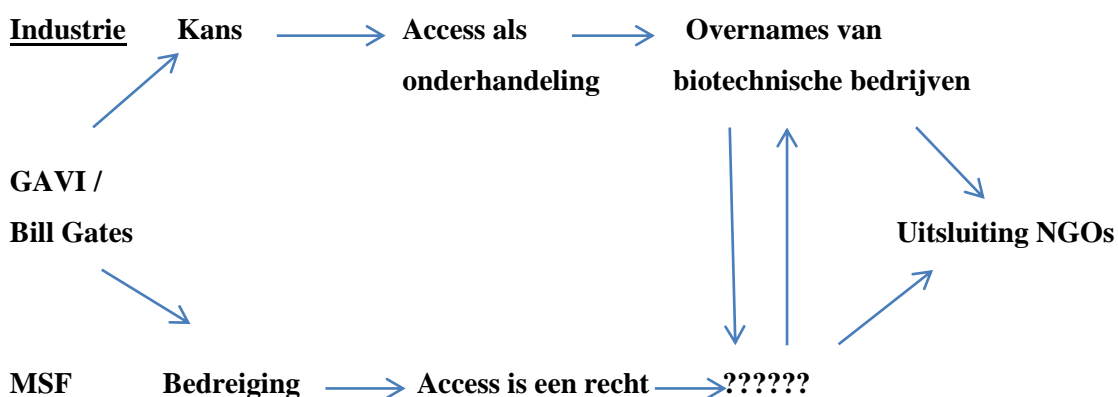
zo bekeken alleen te begrijpen vanuit het symbolisch kapitaalbegrip van Bourdieu, dat gebaseerd is op medische ethiek en expertise en dat wordt gedragen door vijf miljoen particuliere donateurs. Haar moreel geladen boodschap blijkt zo een krachtig instrument te zijn in een symbolische strijd, tegenover de economische belangen die ‘het spel’ bepalen.

Maar is er een alternatieve benadering mogelijk, een zoals de SAF-theorie voorstaat? In een alternatieve lezing bevindt MSF zich lange tijd aan de zijlijn, in een niche, van een veld dat gekenmerkt wordt door stabiele verhoudingen. De farmaceutische industrie en westerse producerende landen bepalen er de regels en de WHO fungeert in die tijd als ‘loopjongen.’ Als de industrie zich terugtrekt, in de jaren tachtig, komt MSF met alternatieven. De organisatie weet, vaak na grote inspanning, organisaties zoals de WHO en het World Food Program mee te krijgen in haar voorstellen voor behandelprotocollen en de industrie te verleiden mee te werken aan haar campagnes. Daar komt veel overtuigingskracht en dus sociale vaardigheid bij kijken. Ook dan al rekt ze retoriek en publiekelijk druk uit te oefenen, gebruikmakend van gedeelde overtuigingen en identiteit, tot haar instrumenten. Met het in woord en daad voor onrecht liggen groeit MSF uit tot de morele toezichthouder van het veld. Dan doet zich in 1999 een kans voor. Haar Access Campagne is onderdeel van een collectief gevoerde strijd, waar MSF elementen van sociale bewegingen in opneemt. Het voldoet aan ongeveer alle kenmerken die daarvoor belangrijk zijn: het is een collectieve claim, gericht op machthebbers, gebruikmakend van een specifiek repertoire en een gedeelde normatieve oriëntatie waaromheen gelijkgestemden verzameld worden. De Campagne als middel is enerzijds een breuk, omdat het concrete politieke actie betreft. Anderzijds is het politieke aspect, vanwege haar *témoignage*, nooit ver weg geweest. Het past daarom goed, ook omdat MSF de medische praktijk als uitgangspunt en motivatie houdt. Hoewel MSF laat aansluit, maakt haar deelname het verschil. Collectieve actie rond hiv/aids slaagt echter vooral door de unieke politieke en economische context van dat moment. ‘De tegenpartij’ weet door brede coalitievorming het initiatief vervolgens naar zich toe te trekken. Want het doel van MSF en de Campagne wordt breed gedragen: wie zou er niet voor toegang tot geneesmiddelen zijn? Hier kunnen alle actoren in het veld zich in vinden. Het wachten is alleen op een constructie die de belangen van westerse producerende landen en industrie voldoende waarborgt.

In deze alternatieve versie is het niet haar reputatie, maar de boodschap, het cultureel politieke *frame*, waar MSF haar invloed aan ontleent. Velen, momenteel wel vijf miljoen particuliere donateurs en al de vrijwilligers en stafleden die aan MSF geëngageerd zijn, kunnen zich erin vinden, omdat ondersteuning van dit *frame* voorziet in de existentiële behoefte aan betekenisgeving van het leven. Zij steunen de missie. Maar ook andere actoren, met feitelijk andere economische en politieke belangen, kunnen zich er niet aan onttrekken. Inzicht in welke belangen er in het veld spelen en hoe daar mee om te gaan, zorgen ervoor dat MSF goed gebruik maakt van de op zich beperkte mogelijkheden die zij

heeft, of die zij zichzelf toedicht, om sociale verandering te bewerkstelligen. *Framing* is daarvoor een belangrijk mechanisme dat zij vanaf dag een bewust inzet. Het getuigt volgens de theorie van grote sociale vaardigheid, om in een veld met zulke sterke actoren en tegenstanders, zoveel invloed te kunnen doen gelden. Na 2000 spannen alle actoren zich dan ook in om het doel van brede toegang tot geneesmiddelen dichterbij te brengen, door programma's te initiëren of er in te participeren. De particuliere belangen die daarin een rol spelen kan je benadrukken, zoals MSF doet als zij verwijst naar *greenwashing*. Dan krijgt access als doel een morele lading en representeert het een wereldvisie die tegenover het *frame* van betaalbaarheid staat. Probleem is, dat de wereld op deze manier in 'goed' en 'slecht' verdelen steeds minder goed werkt. Via publiek-private samenwerkingen, met de Bill & Melinda Gates foundation voorop, hebben alle actoren in het veld access immers omhelsd.

Cruciaal punt lijkt te zijn in deze casus, dat MSF vanaf het begin gericht is op concurrentie en autonomie, niet op samenwerking. Wantrouwen tegenover andere actoren tekent haar opstelling, zie bijvoorbeeld haar eerste reactie op de Access to Medicines foundation. De collectieve actie rond hiv/aids blijft daardoor ook een unicum. Een zeer succesvol voorbeeld van collectieve actie is de International Campaign to Ban Landmines (1992). Bestaande en gerenommeerde NGO's hebben hun particuliere belangen opzij gezet voor een gemeenschappelijk doel. Dat is een keuze die MSF niet maakt. Op zich is dat overigens niet in tegenspraak met de theorie, want collectieve actie is geen *must*. Maar tegenwoordig is de Access Campagne vooral een instrument dat MSF dicht bij zichzelf houdt, waarmee ze het initiatief voor verandering eigenlijk elders laat liggen. Dat past bij de beperkte rol die ze inneemt, als criticaster die andere, machtigere actoren, aanzet tot verandering. Maar hebben die 'anderen' MSF daar nog wel voor nodig? De centrale rol van de Gates foundation is weliswaar terug te leiden tot het economisch kapitaal dat Gates als nieuwkomer in het veld investeert. Maar ook lijkt Gates meer aan het profiel van een sociaal vaardige actor te voldoen. Hij is gericht op samenwerking en wil zoveel mogelijk partijen aan tafel, iets dat bijvoorbeeld in GAVI tot uitdrukking komt. Gates legt de nadruk op eigen verantwoordelijkheid voor de inrichting van publieke gezondheidszorgsystemen en economische groei van ontvangende landen. In theorie, wanneer dat ooit zou lukken, maakt het hulporganisaties, zoals MSF, overbodig. Nu is het veld in een fragiel evenwicht.



5.2. Wetenschappelijke implicaties

In de SAF-theorie staat gecoördineerde actie centraal. In dit onderzoek blijkt de theorie erg geschikt om toe te passen als een veld in zijn geheel en de dynamiek in een veld en tussen gerelateerde velden wordt onderzocht, aan de hand van grote lijnen en bepalende gebeurtenissen. In Fligstein en McAdam (2012) wordt als voorbeeld de Amerikaanse burgerrechtenbeweging in de Verenigde Staten uitgewerkt. De dynamiek rond toegang tot geneesmiddelen is een geschikte casus.

Om het beleid van en de relaties die één actor onderhoudt te begrijpen lijkt de theorie iets te missen. De these van de SAF-theorie dat sociaal vaardige actoren via innovatieve gecoördineerde actie leidende posities verwerven, waarmee verandering in gang wordt gezet óf wordt tegengehouden, zien we namelijk vooral terug in het optreden van nieuwkomer en ‘tegenstander’ Bill Gates. Deze weet uiteenlopende actoren en hun particuliere belangen te verenigen rond een gemeenschappelijk doel. De Gates Foundation zou deze rol echter niet vervullen zonder inbreng van aanzienlijk economisch kapitaal. Fligstein en McAdam onderkennen weliswaar de rol en het belang van kapitaal als bouwsteen in het veld, maar hebben eigenlijk alleen oog voor de rol van sociale vaardigheid in collectieve actie. Als MSF vanuit de SAF-theorie wordt geanalyseerd blijkt dat deze organisatie sociale vaardigheid combineert met afstandelijkheid tegenover andere actoren. Een mogelijke interpretatie à la Bourdieu is dat MSF haar belang, namelijk bescherming van het symbolische kapitaal waarop de positie rust, voorop stelt en een symbolische strijd voert. Een interpretatie vanuit de SAF-theorie zou zijn, dat de verhoudingen in het veld het merendeel van de tijd redelijk stabiel zijn. MSF vervult vanuit haar beperkte taakstelling de zowel belangrijke als bescheiden rol van moreel toezichhouder. Vanuit die positie probeert ze haar boodschap uit te dragen en het beleid te beïnvloeden. In de korte periode waarin het veld een crisis doormaakt, neemt MSF de stap naar collectieve actie en samenwerking. Maar deze crisis wordt snel genoeg beëindigd, met een herschikking van deels nieuwe actoren die onderling coalities sluiten.

Ondanks dat de casus eenvoudiger te begrijpen is vanuit het begrippenkader van Bourdieu, is de waarde van de SAF-theorie voor mij evident. Er zijn namelijk allerlei belangen aan te wijzen die organisaties hebben bij het voeren van een access beleid. Van *greenwashing* (industrie) tot reputatie bewaken (MSF) komen ze neer op eigenbelang. Dat het om belang hechten aan de waarde van leven kan gaan, een motief dat dicht bij de humanitaire boodschap ligt en dat een universele waarde genoemd mag worden, levert naar mijn mening een passende aanvulling op meer instrumentele en rationele verklaringen. Een dergelijke nieuwe insteek lijkt me de bedoeling van theorievorming.

Maatschappelijke implicaties

Dit onderzoek geeft inzicht in een langdurige belangentegenstelling rond toegang tot gezondheid: het stakeholdersbelang van een hoog rendement op investeringen, versus het belang van patiënten bij ontwikkeling van geneesmiddelen en toegang via een lage prijs. Enerzijds is er het economische belang van klassieke producerende landen bij juridische bescherming van hun productie en bij open markten. Anderzijds het belang van arme landen om buiten die markt om alternatieven te ontwikkelen. Er is een belang van westerse NGO's bij handhaving van hun positie als actoren in het veld, als intermediairs. Anderzijds is er de wens van rijke westerse natiestaten dat financiering niet langer nodig zal zijn en dat investeringen terugverdiend worden.

Het naoorlogse systeem is sleets geworden; veel heeft het niet opgeleverd, is het idee. De interesse in en de rol van private initiatieven groeit daarom nog steeds, terwijl de taken en verantwoordelijkheid van publieke en intergouvernementele actoren niet volledig worden overgenomen. Publiek private samenwerkingen zijn er nu ongeveer vijftien jaar en de vraag komt naar voren of dat enige opbrengst heeft gehad? GAVI poneert een nieuw model. Daarin ligt de verantwoordelijkheid bij ontvangende landen en wordt het eigen initiatief en de rol van NGO's in theorie beknot. Tegelijkertijd beperkt GAVI zich tot vaccinatie van kinderen en tot lage inkomenslanden, is er kritiek op de prijsafspraken die tot stand komen en bestaat de vrees dat brede uitsluiting van toegang zal blijven bestaan. Er lijkt kortom nog geen antwoord op de vraag of het beter kan en zo ja, of dit wel de weg is. Een antwoord op die vraag valt echter buiten het bereik van dit onderzoek.

5.3. Beperkingen van het onderzoek

Access is als thema complex. Er zijn veel verschillende actoren met uiteenlopende belangen. Het verhaal over ziektes, vaccins, medicatie, productiewijzen en onderzoek is zeer technisch. Ook zit het vol juridische constructies naar aanleiding van patenten en verdienmodellen. Om mijn casus MSF te begrijpen heb ik gemeend om breed in te moeten steken, waardoor zeer veel aspecten van de organisatie, haar beleid en relaties aan bod zijn gekomen. Nadeel van het verzamelen van veel informatie, is dat de grote lijn gemakkelijk op de achtergrond raakt. Ook krijgt de actuele dynamiek in R&D en in financiering, waar momenteel veel gaande is, relatief weinig aandacht. Dit komt ook doordat MSF weinig prijsgeeft over hoe zij zich tot nieuwe ontwikkelingen verhoudt. Het is me meen ik wel gelukt om een compleet beeld te schetsen en op deelaspecten het standaardverhaal en de mythes te omzeilen of opnieuw te bekijken.

5.4. Aanbevelingen voor nieuw onderzoek en discussie

MSF komt in dit onderzoek weliswaar naar voren als een gerespecteerde organisatie, maar lijkt ook kwetsbaar te zijn. Ik heb niet iets gezien dat er op wijst dat MSF een antwoord heeft op de veranderde machtsverhoudingen en structuur van het veld.

Onderzoek naar wat donateurs aantrekt in de organisatie en welke rol betekenisverlening daarin speelt kan nieuw licht op de mogelijkheid van collectieve actie werpen. Nu heb ik dit als slechts bij hoge uitzondering van toepassing van de hand gewezen. Maar wat als de betrokkenheid van donateurs wereldwijd zo ver gaat, dat een grotere mobilisatie tot de mogelijkheden behoort? Bijvoorbeeld in praktische of politieke zin?

Daarnaast is MSF een voorbeeld van een organisatie/beweging waar ondanks de collectieve opzet en besluitvorming, individuen veel invloed hebben. In het onderzoek is de informele macht gestaafd en blijkt alle innovatie door slechts enkele individuen in gang te zijn gezet. De rol van individuele entrepreneurs in sociale bewegingen is in onderzoek nog onderbelicht (Davis, McAdam, Scott & Zald 2005: 63). Hoewel MSF slechts aspecten van een sociale beweging 'leent', lijkt de organisatie en geschikte casus om dit verder te onderzoeken. Temeer daar de innovatiekracht opgedroogd lijkt; sinds 2003 heeft zich geen belangrijke wijziging meer voorgedaan, terwijl innovatie zo belangrijk is geweest om in de huidige, gerespecteerde positie te komen. Waar vindt nu innovatie plaats zou de vraag zijn, in een veranderde constellatie? En in welke richting wordt wat dat betreft binnen MSF gedacht?

Beide onderwerpen zouden licht kunnen werpen op de toekomst van NGO's, die zo nauw verbonden zijn met een eeuw die achter ons ligt.

Literatuur

- Boltanski, L. (1999). *Distant suffering. Morality, media and politics*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. en Wacquant, L. (1992). *Invitation to a reflexive sociology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Bradol, J-H. en Vidal, C. (Eds.). (2011). *Medical innovations in humanitarian situations. The work of Médecins Sans Frontières*. Paris: Crash / Fondation Médecins Sans Frontières.
<http://www.msf-crash.org/en/publications/2011/06/22/601/medical-innovations-in-humanitarian-situations/>
- Brauman, R. en Tanguy, J. (1998). *The MSF experience*.
<http://www.doctorswithoutborders.org/msf-experience>
- Brauman, R. (Oct. 2006). *Dangerous liaisons: Bearing witness and political propaganda. Biafra and Cambodia – the founding myths of Médecins Sans Frontières*. Paris: CRASH/Fondation - Médecins Sans Frontières.
<http://www.msf-crash.org/drive/0477-rb-2006dangerous-liaisons-%28fr-p.14%29.pdf>
- Brauman, R. (April 2011). *Médecins sans Frontières or the unabashed policy of "going it alone."* Paris: CRASH/Fondation - Médecins Sans Frontières.
<http://www.msf-crash.org/drive/f78d-rb-2011-unabashed-policy-of-going-it-alone%28fr-p.11%29.pdf>
- Brauman, R. (2012). *Humanitarian medicine*. Paris: Crash / Fondation Médecins Sans Frontières. <http://www.msf-crash.org/drive/1433-humanitarian-medicine.pdf>
- Brown, Th. M., Cueto, M. en Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from international to global public health. *American Journal of Public Health*, 96 (1), 62-72. DOI:10.2105/AJPH.2004.050831
- Butler, J. (2004). *Prekarious life. The powers of mourning and violence*. Londen: Verso.
- Calhoun, C. (2008). The imperative to reduce suffering. Charity, progress, and emergencies in the field of humanitarian action. Barnett, M. en Weiss, T.G. (Eds.). *Humanitarianism in question: politics, power, ethics*. (pp.73 - 97). Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Campbell, J.L. (2005). Where do we stand? Common mechanisms in organizations and social movements research. Davis, G.F., McAdam, D., Scott, W.R. en Zald, M.N. *Social movements and organization theory*. (pp. 41 - 68). New York, NY: Cambridge University Press.
- Davey, E. (2011). Famine, aid, and ideology: The political activism of Médecins sans Frontières in the 1980s. *French Historical Studies*, 34 (3), 529-558.
DOI: 10.1215/00161071-1259157

- Davey, E. (2014). French adventures in solidarity: revolutionary tourists and radical humanitarians. *European Review of History-Revue européenne d'histoire*, 21(4), 577-595. DOI: 10.1080/13507486.2014.933189
- Davis, G.F., McAdam, D., Scott, W.R. en Zald, M.N. (Eds.). (2005). *Social movements and organization theory*. New York, NY: Cambridge University Press.
- DeChaine, D.R. (2002). Humanitarian space of the social imaginary: Médecins Sans Frontières / Doctors Without Borders and the rhetoric of global community. *Journal of Communication Inquiry*, 26(4), 354-369. doi: 10.1177/019685902236896
- Fligstein, N. en McAdam, D. (2011). Toward a general theory of Strategic Action Fields. *Sociological Theory*, 29(1), 1-26. DOI: 10.1111/j.1467-9558.2010.01385.x
- Fligstein, N. en McAdam, D. (2012). *A theory of fields*. Oxford / New York, NY: Oxford University Press.
- Greene, J.A. (2011). Making medicines essential: the emergent centrality of pharmaceuticals in global health. *BioSocieties*, 6 (1), 10-33. DOI:10.1057/biosoc.2010.39
- Hoen, E.F.M. 't (2009). *The global politics of pharmaceutical monopoly power. Drug patents, access, innovation and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health*. Diemen: AMB Publishers.
- Ioset, J-R en Chang, S. (2011). Drugs for Neglected Diseases *initiative* model of drug development for neglected diseases: current state and future challenges. *Future Medicinal Chemistry*, 3(11), 1361-1371. DOI: 10.4155/FMC.11.102
- Jong, M.J. de (1997, 2009). Pierre Bourdieu: veldheer van de moderne sociologie. *Grootmeesters van de sociologie*. (pp. 320-361). Amsterdam: Boom.
- Lakoff, A. (2010). Two regimes of global health. *Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development*, 1 (1), 59-79. DOI:10.1353/hum.2010.0001
- Macionis, J.J. en Plummer, K. (2008). *Sociology. A global introduction*. (pp. 502-539). Harlow, UK: Pearson Education.
- Magone, C., Neuman, M. en Weissman, F. (2011). *Humanitarian negotiations revealed. The MSF experience*. Londen: Hurst & Co / Paris: Médecins Sans Frontières. <http://www.msf-crash.org/livres/en/humanitarian-negotiations-revealed>
- McAdam, D. en Scott, W.R. (2005). Organizations and movements. Davis, G.F., McAdam, D., Scott, W.R. en Zald, M.N. *Social movements and organization theory*. (pp. 4 - 40). New York, NY: Cambridge University Press.
- Orbinski, J. (2009). *An imperfect offering. Dispatches from the medical frontline*. Londen: Rider.

- Owen, Th. (2014). The 'Access to Medicines' Campaign vs. Big Pharma. Counter-hegemonic discourse change and the political economy of HIV/AIDS medicines. *Critical Discourse Studies*, 11 (3), 288-304. <http://dx.doi.org/10.1080/17405904.2014.915860>
- Quak, S., Heilbron, J. en Meijer, J. (geaccepteerd voor publicatie). The Development of the Vaccine Industry, 1800-present. A Historical-sociological Field Approach. *International Journal of Business and Globalisation*.
- Redfield, P. (2005). Doctors, borders, and life in crisis. *Cultural Anthropology*, 20(3), 328-361. DOI: 10.1525/can.2005.20.3.328
- Redfield, P. (2008). Doctors Without Borders and the moral economy of pharmaceuticals. Bullard, A. (Ed.). *Human rights in crisis*. (pp. 129-144). Hampshire, UK: Ashgate.
- Redfield, P. (2012). Bioexpectations: life technologies as humanitarian goods. *Public Culture*, 24(1), 157-184. DOI: 10.1215/08992363-1443592
- Redfield, P. (2013). *Life in crisis. The ethical journey of Doctors Without Borders*. Berkeley / Los Angeles, CA: University of California Press.
- Schultheis Moore, A. (2013). Témoignage and responsibility in photo/graphic narratives of Médecins Sans Frontières. *Journal of Human Rights*, 12, 87-102. DOI: 10.1080/14754835.2013.754295
- Scott, W.R. en Davis, G.F. (2007). *Organizations and organizing. Rational, natural, and open system perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Scully, M.A. en Douglas Creed, W.E. (2005). Davis, G.F., McAdam, D., Scott, W.R. en Zald, M.N. *Social movements and organization theory*. (pp. 310 – 332). New York, NY: Cambridge University Press.
- Seters, P. van en James, P. (2014). *Globalization and politics. Vol II. Global social movements and global civil society*. Global social movements and global civil society. A critical overview. (pp. i – xxx). Los Angeles, CA: Sage.
- Siméant, J. (2005). What is going global? The internationalization of French NGOs 'without borders'. *Review of International Political Economy*, 12(5), 851-883. DOI: 10.1080/09692290500339842
- Tarrow, S. (2001). Transnational politics: contention and institutions in international politics. *Annual Review of Political Science*, 4, 1-20. DOI: 10.1146/annurev.polisci.4.1.1
- Tilly, C. en Wood, L.J. (2009). *Social movements, 1768-2008*. (pp. 1-15). Boulder, Co: Paradigm.
- Willetts, P. (2011). *Non-Governmental Organizations in world politics: the construction of global governance*. Londen / New York, NY: Routledge.

Secundaire literatuur (alle webdocumenten geraadpleegd 6 november 2015)

- Boseley, S. (27 januari 2015). Bill Gates dismisses criticism of high prices for vaccines. *The Guardian*. <http://www.theguardian.com/global-development/2015/jan/27/bill-gates-dismisses-criticism-of-high-prices-for-vaccines>
- Dekker, W. en Uffelen, X. van (10 juli 2015). Goede doelen profiteren niet van herstel economie. *De Volkskrant*. <http://www.volkskrant.nl/binnenland/goede-doelen-profiteren-niet-van-herstel-economie~a4098083/>
- Es, A. van (5 augustus 2015). Forse ontslaggrond bij grootste hulporganisaties. *De Volkskrant*. <http://www.volkskrant.nl/buitenland/force-ontslagronde-bij-grootste-hulporganisaties~a4113752/>
- Hayden, E.C. (4 juni 2015). MSF takes bigger global-health role. Relief agency sees mission expanding after Ebola outbreak. *Nature*, 522(7554), 18-19. DOI: 10.1038/522018a
- Köhler, W. (23 augustus 2014). Ebola overleven dankzij defensie. *NRC Handelsblad*. <http://www.nrc.nl/handelsblad/van/2014/augustus/23/ebola-overleven-dankzij-defensie-1410662>
- MSF-Access Campaign. (zonder datum). *The Nobel prize acceptance speech*. <http://www.msfaccess.org/content/nobel-prize-acceptance-speech>
- MSF- Access Campaign. (27 januari 2000). *MSF calls on Davos leaders to stop people from dying – Business CEO's and politicians must take action to restart R&D*. <http://www.msfaccess.org/about-us/media-room/press-releases/msf-calls-davos-leaders-stop-people-dying-market-failure-business>
- MSF-Access Campaign. (29 april 2003). *Conference Report. International meeting on a Global Framework For Supporting Health Research and Development (R&D) In Areas of Market and Public Policy Failure*. http://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/Innovation/Docs/MedInov_report_GlobalHealthFramework_ENG_2003.pdf
- MSF- Access Campaign. (Februari 2003). *Access three years on*. Bulletin nr.8. https://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/Access/Docs/ACCESS_newsletter_AccessNews8_ENG_2003.pdf
- MSF-Access Campaign. (31 mei 2003). *G8 must stop putting self-interest before lives of millions* <http://www.msfaccess.org/our-work/tuberculosis/article/552>
- MSF-Access Campaign (April 2012). *The right shot: extending the reach of affordable and adapted vaccines*. Genève: MSF Access Campaign http://www.msf.org.uk/sites/uk/files/Vaccines__the_Right_Shot_May_2012_201205155725.pdf
- MSF-Access Campaign Briefing Note. (July 2014). *Trading away health: The trans-pacific partnership agreement (TPP)*. Genève: MSF Access Campaign.

- http://www.msfacecess.org/sites/default/files/TPP_IssueBriefing_July2014.pdf
- MSF-Access Campaign. (Januari 2015a). *The Right Shot: Bringing Down Barriers to Affordable and Adapted Vaccines (2nd Edition)*. (persbericht).
<http://www.doctorswithoutborders.org/article/right-shot-bringing-down-barriers-affordable-and-adapted-vaccines-2nd-edition>
- MSF-Access Campaign. (Januari 2015b). *The Right Shot: Bringing Down Barriers to Affordable and Adapted Vaccines (2nd Edition)*. Genève: MSF Access Campaign.
http://cdn.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/attachments/the_right_shot_2nd_edition.pdf
- MSF-Access Campaign (Januari 2015c). *Access: MSF calls on GSK and Pfizer to slash pneumo vaccine price to \$5 per child for poor countries ahead of donor meeting*
<http://www.msf.org/article/access-msf-calls-gsk-and-pfizer-slash-pneumo-vaccine-price-5-child-poor-countries-ahead>
- MSF-Access Campaign. (11 Juni 2015). *Millions of people rely on affordable medicines from India to stay alive*.<https://www.msfacecess.org/our-work/overcoming-barriers-access/article/2421>
- Médecins Sans Frontières Briefing Paper. (April 2011). *Why GAVI Needs to Do More To Ensure Lower Vaccine Prices... ..And How It Could Be Done* .
http://www.msfacecess.org/sites/default/files/MSF_assets/Vaccines/Docs/VAC_briefing_WHA_GAVIpricing_2011_ENG.pdf
- MSF-Internationaal. (14 juni 2011). *GAVI money welcome, but could it be more wisely spent?*
<http://www.msf.org/article/gavi-money-welcome-could-it-be-more-wisely-spent>
- MSF-Internationaal. (20 december 2011). *Médecins Sans Frontières holds its first international General assembly, marks fortieth anniversary*
<http://www.msf.org/article/m%C3%A9decins-sans-fronti%C3%A8res-holds-its-first-international-general-assembly-marks-fortieth>
- MSF Issue Brief. (Augustus 2014). *Pushing the envelope. Does the Global Fund's New Funding Model foster country ambitions?*
http://www.msf.org/sites/msf.org/files/msf_brief_aug_2014_pushingtheenvelope.pdf
- Médecins Sans Frontières. (Maart 2015). *Pushed to the limit and beyond. A year into the largest ever Ebola outbreak*.
<https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf143061.pdf>
- Médecins Sans Frontières. (1 juni 2015). *An unprecedented year. Médecins Sans Frontières' response to the largest ever Ebola outbreak. March 2014 to March 2015*.
http://www.msf.org/sites/msf.org/files/ebola_accountability_report_final_july_low_res.pdf
- MSF-Nederland / Artsen Zonder Grenzen. (20 januari 2015). *Torenhoge vaccinprijzen stellen arme landen voor verschrikkelijke keuzes*.

<https://www.artsenzondergrenzen.nl/ontdekken/nieuws/torenhoge-vaccinoprijzen-stellen-arme-landen-voor-verschrikkelijke-keuzes>

MSF-USA. / Doctors Without Borders. (30 november 1999). *MSF calls for formation of WTO Working Group on Access to Medicines*. <http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/press-release/msf-calls-formation-wto-working-group-access-medicines>

MSF-USA / Doctors Without Borders. (Najaar 2013). *A good start. Vaccinating children under five*. http://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/attachments/alert_fall_2013.pdf

MSF-USA / Doctors Without Borders. (7 mei 2015). *MSF International President Dr. Joanne Liu Addresses the Gates Foundation Global Partner Forum*. <http://www.doctorswithoutborders.org/article/msf-international-president-dr-joanne-liu-addresses-gates-foundation-global-partner-forum>

Shanks, L. (November 2010). *25 years of Medical Humanitarian Action*. MSF / AzG. <http://core.ac.uk/download/pdf/9418109.pdf>

Overige geraadpleegde bronnen (MSF)

MSF- Access Campaign

www.msfacecess.org/about-us/media-room/press-releases

<http://www.msfacecess.org/the-access-campaign>

<http://www.msfacecess.org/press-releases>

MSF-Associate

<http://association.msf.org/>

MSF-Internationaal

<http://www.msf.org/international-financial-reports>

MSF-USA

<http://www.doctorswithoutborders.org/founding-msf>

<http://www.doctorswithoutborders.org/news-stories/press/press-releases>

DNDi

<http://www.dndi.org/partnership/partners.html>

<http://www.dndi.org/about-us/our-people/team/geneva.html>

<http://www.dndi.org/donors/donors.html>

Epicentre

<http://www.epicentre.msf.org>

Overige geraadpleegde bronnen (andere organisaties)

<http://www.accessmedicineindex.org/>

http://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/humanitarian_space_en.pdf

<http://www.gatesfoundation.org/>

<http://www.gavi.org/>

http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/peace/laureates/1999/msf-lecture.html

<http://www.unhcr.org>

www.therefugeeproject.org

Credits afbeelding titelblad:

William Kentridge, *More sweetly play the dance* (2015, *still*). EYE, Amsterdam.